

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO



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

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS NUCLEARES COM UM
DOS ELEMENTOS DO SUBSISTEMA CONJUGAL PORTADOR DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
(DOCUMENTO DEFINITIVO)**

Dayane Alessandra Cardoso Carvalho

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 NUCLEARES
COM UM DOS ELEMENTOS DO SUBSISTEMA CONJUGAL
PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2- PROJETO
DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR

ASSESSMENT AND INTERVENTION IN NUCLEARFAMILIES
WITH ONE OF THE ELEMENTS OF THE MARITAL
SUBSYSTEM WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS
- PROJECT TO DEVELOP SPECIALIZED CLINICAL SKILLS
IN THE FIELD OF FAMILY HEALTH NURSING

Orientadora: Professora Ana Isabel Vilar

Co-orientadora: Professora Doutora Maria
Henriqueta Figueiredo

Autora: Dayane Alessandra Cardoso Carvalho

Porto, 2023

Frase ou Pensamento

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre a começar...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.

Por isso devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo

Da queda um passo de dança

Do medo uma escada

Do sonho uma ponte

Da procura um encontro.

Fernando Sabino

DEDICATÓRIA

Dedico este documento à minha família.

AGRADECIMENTOS

Cada projeto concretizado só ganha sentido se for partilhado. Quero aqui demonstrar o quanto sou grata a todos que me apoiaram neste caminho, que poderia ter sido apenas longo, duro e solitário, mas que com o contributo de todos e cada um, foi repleto de apoiantes que me fortaleceram em cada passo e embelezaram todo o percurso, mesmo nos trilhos mais escuros. Agradeço:

À professora Ana Vilar, pela orientação e estímulo. Por acreditar mais em mim do que eu própria. Por me mostrar opções de caminhos e permitir que eu fizesse as minhas escolhas À professora Dra.^a Henriqueta Figueiredo pelo incentivo e pelos desafios estimulantes. Pelo MDAIF, bússola que norteou o meu caminho. Por me ter feito apaixonar pela ESF.

Ao professor Dr. Pedro Melo, por me ter dado a conhecer a Enfermagem de Saúde Familiar.

Às colegas com que me cruzei neste caminho, em especial à Luísa, à Liliana e à Carla, pela companhia por entre montes imensos e vales desconhecidos. Pelas partilhas de risos e lágrimas, sob o sol escaldante e o cintilar das estrelas, que embelezaram o caminho.

À equipa de Enfermagem que integro, por compreenderem a minha dedicação ao caminho.

À Carolina por me substituir nas minhas ausências na USF. Á Sara, por todo o apoio no final.

À enfermeira tutora, por caminhar a meu lado, desbravando terreno comigo.

Às famílias com quem tive o privilégio de contactar e que tanto me ensinaram.

À minha família, por compreender a importância deste caminho para mim. Por me perdoar as ausências. Por me ajudar a entender os padrões transgeracionais *in vivo*.

À minha mãe por me ensinar que todos os caminhos são feitos de escolhas e que a família é sempre a escolha mais acertada. Por me fortalecer e incentivar a cada passo.

Ao meu marido, por vivenciar comigo as experiências inerentes ao subsistema conjugal. Por ter assumido tantos papéis e tarefas que eram meus no nosso sistema familiar, possibilitando que eu saísse para caminhar. Pela paciência, incentivo, compreensão e amor nestes 20 anos.

Ao Mateus, por me encher de energia e motivação para cada passo. Por me permitir vivenciar o papel mais difícil que alguma vez assumi: o de mãe. Por me permitir resignificar cada ausência com o melhor abraço do mundo. Por me ensinar tanto do alto dos seus 4 anos.

Ao meu corpo e à minha mente, por apesar de me terem dado vários sinais de cansaço físico e psicológico me terem permitido chegar à meta final.

A Deus, pela vida e pela graça que me deu ao me desafiar com este caminho, que me trouxe tantos processos que me transformaram como nunca antes.

Chegar ao destino é incrível, traz uma sensação de conquista, que só tem um valor especial, porque é uma partilhada com todos os aqui referidos. Grata!

RESUMO

Pretendeu-se retratar neste relatório a expansão e consolidação da consciência profissional sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, assim como as competências adquiridas durante o processo de aprendizagem, com vista ao exercício profissional especializado, durante a frequência dos estágios do Curso de Mestrado na área referida, numa Unidade de Saúde Familiar. Em consonância com estas competências, definidas em regulamento próprio, foram estabelecidos dois objetivos gerais para o desenvolvimento da componente clínica: Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. No estágio Módulo I analisou-se uma amostra de utentes do ficheiro enfermeira tutora, que evidenciou características comuns: famílias nucleares com 2 membros pertencentes ao subsistema conjugal, em que um deles tinha Diabetes Mellitus tipo 2. Identificaram-se 7 famílias a que se prestaram cuidados no Módulo II. A Teoria das Transições subsidiou a avaliação e intervenção individual. Na avaliação e intervenção familiar foi utilizado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. A família figurou como unidade de avaliação, intervenção e obtiveram-se ganhos em saúde no sistema familiar como um todo, destacando-se a Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes Mellitus tipo 2 no subsistema individual. Após a realização das intervenções, verificou-se uma modificação positiva em todos os 30 diagnósticos definidos, representando uma variação de 100% no total dos estados dos diagnósticos. Foi ainda realizado um processo formativo aos enfermeiros da unidade do local de estágio, com a realização da ação de formação “Documentação dos Cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no Programa de Saúde da Família do SCLinico®” e com acompanhamento individualizado na documentação dos cuidados, através da supervisão clínica de pares a cada enfermeiro da equipa, durante 4 semanas. Constatou-se que os enfermeiros aumentaram os seus conhecimentos, melhoraram a perceção de competência neste âmbito e mudaram as suas práticas na documentação dos cuidados. Com as atividades desenvolvidas ocorreu aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar: na colheita de dados através da entrevista familiar sistémica e de instrumentos validados, de juízo crítico e tomada de decisão, de planeamento dos cuidados em negociação com os membros das famílias, de intervenção com recurso a técnicas de intervenção sistémica e de avaliação dos cuidados.

Palavras-Chave: Especialista em Enfermagem Comunitária em Enfermagem de Saúde Familiar; Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; Diabetes Mellitus tipo 2; Gestão do Regime Terapêutico; Competências.

ABSTRACT

The aim of this report was to portray the expansion and consolidation of professional awareness about the role of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, as well as the skills acquired during the learning process, with a view to specialized professional practice, during attendance of the Master's Course internships in the aforementioned area, in a Family Health Unit. In line with these competencies, defined in specific regulations, two general objectives were established for the development of the clinical component: Caring for the family, as a care unit, and for each of its members, throughout the life cycle and at different levels of prevention and Lead and collaborate in intervention processes within the scope of Family Health Nursing. In the Module I stage, a sample of users from the nurse tutor file was analyzed, which highlighted common characteristics: nuclear families with 2 members belonging to the marital subsystem, in which one of them had type 2 Diabetes Mellitus. care in Module II. The Transitions Theory supported individual assessment and intervention. In family assessment and intervention, the Dynamic Family Assessment and Intervention Model was used. The family served as the unit of assessment, intervention and health gains were obtained in the family system as a whole, highlighting the Management of the Therapeutic Regimen in type 2 Diabetes Mellitus in the individual subsystem. After carrying out the interventions, there was a positive change in all 30 defined diagnoses, representing a 100% variation in the total status of the diagnoses. A training process was also carried out for nurses from the unit at the internship location, with the training action "Documentation of Care, within the scope of the structural dimension, in the SClinico® Family Health Program" and with individualized monitoring in the documentation of care, through peer clinical supervision of each nurse on the team, for 4 weeks. It was found that nurses increased their knowledge, improved their perception of competence in this area and changed their practices in documenting care. With the activities developed, specific skills were acquired for nurses specializing in Community Nursing in the area of Family Health Nursing: data collection through systemic family interviews and validated instruments, critical judgment and decision-making, care planning in negotiation with family members, intervention using systemic intervention techniques and care assessment.

Keywords: Specialist in Community Nursing in Family Health Nursing; Dynamic Model of Family Assessment and Intervention; Diabetes Mellitus type 2; Therapeutic Regimen Management; Skills.

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACI - Atividades que Concretizam a Intervenção

ADA - American Diabetes Association

AVDs- Atividades de Vida Diárias

BICSP - Bilhete Identidade Cuidados Saúde Primários

CIPE - Classificação Internacional de para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

DM 2 - Diabetes Mellitus tipo 2

EAD - Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

ECESF - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EE - Enfermeiro Especialista

EECESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EF - Enfermeiro de Família

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EM - Entrevista Motivacional

GRT - Gestão do Regime Terapêutico

HbA1c - Hemoglobina Glicada

HTA - Hipertensão Arterial

ICN - International Council of Nurses

IDF - International Diabetes Federation

IFNA - International Family Nursing Association

INA - Instituto Nacional de Administração

IQF - Instituto Qualidade e Formação

MCD - Mapas de Conversação em Diabetes®

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE - Ordem dos Enfermeiros

SC - Satisfação Conjugal

SCP - Supervisão Clínica de Pares

SPD - Sociedade Portuguesa Diabetologia

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	27
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	29
1.1 Descrição da USF	29
1.2 Descrição de amostra do Ficheiro da Enfermeira Tutora	31
1.3 Identificação das famílias para a prestação de cuidados	32
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	33
2.1 Teorias e Modelos de Avaliação e Intervenção.....	33
2.1.1 Modelos de Avaliação e Intervenção na Família.....	34
2.1.1.1 Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar	34
2.1.1.2 Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	35
2.1.2 Subsistema Conjugal	37
2.1.2.1 Satisfação Conjugal.....	38
2.1.2.2 Modelo de Satisfação Conjugal de Narciso.....	43
2.1.3 Subsistema Individual.....	43
2.1.3.1 Teoria de Médio Alcance das Transições	44
2.2 Famílias Nucleares com um membro portador de Diabetes Mellitus tipo 2 e os seus subsistemas.....	46
2.2.1 Processos de Autogestão e as implicações no subsistema individual	47
2.2.2 Processos de Autogestão e as implicações no subsistema conjugal	55
2.2.3 Processos de Autogestão e as implicações no sistema familiar.....	58
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	62
3.1 Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	63
3.1.1 Família 1	70
3.1.2 Família 2	70
3.1.3 Família 3	76
3.1.4 Família 4	81
3.1.5 Família 5	87

3.1.6 Família 6.....	92
3.1.7 Família 7.....	95
3.2 Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	104
3.2.1 Levantamento e Diagnóstico das Necessidades Formativas.....	104
3.2.2 Planeamento do Processo Formativo	107
3.2.3 Implementação do Programa de Formação	109
3.2.4 Avaliação do Programa de Formação	109
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	115
CONCLUSÃO	123
BIBLIOGRAFIA	127
ANEXOS	165
ANEXO I - Diagrama das instalações da USF.....	
ANEXO II - Fatores que influenciam a Satisfação Conjugal.....	
ANEXO III - Escala de Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes	
ANEXO IV - Escala de Medida de Adesão ao Tratamento	
ANEXO V - Escala de Avaliação de Risco de Diabetes tipo 2.....	
ANEXO VI - Plano de Cuidados da Família 1.....	
ANEXO VII - Plano de Cuidados Individual (Família 1)	
ANEXO VIII- Plano de Cuidados da Família 2.....	
ANEXO IX - Planos de Cuidados Individuais (Família2)	
ANEXO X - Plano de Cuidados da Família 3.....	
ANEXO XI- Planos de Cuidados Individuais (Família 3)	
ANEXO XII- Plano de Cuidados da Família 4.....	
ANEXO XIII - Planos de Cuidados Individuais (Família 4)	
ANEXO XIV- Plano de Cuidados da Família 5.....	
ANEXO XV - Planos de Cuidados Individuais (Família 5).....	

ANEXO XVI - Plano de Cuidados da Família 6.....	
ANEXO XVII - Planos de Cuidados Individuais (Família 6)	
ANEXO XVIII - Plano de Cuidados da Família 7.....	
ANEXO XIX - Planos de Cuidados Individuais (Família 7)	
ANEXO XX - Objetivos, Indicadores e Resultados da prática clínica com as famílias	
ANEXO XXI - Questionário de diagnóstico de necessidades formativas.....	
ANEXO XXII - Análise dos resultados obtidos com a aplicação questionário.....	
ANEXO XXIII - Check-List de Auditoria aos processos clínicos e respetivos resultados.....	
ANEXO XXIV- Cronograma de Atividades....., ...	
ANEXO XXV - Indicadores de Processo e Resultado.....	
ANEXO XXVI- Plano de Sessão de Formação ministrada.....	
ANEXO XXVII - Ação de formação ministrada.....	
ANEXO XXVIII - Manual de apoio aos formandos.....	
ANEXO XXIX- Instrumento para Avaliação da Perceção dos Formandos da Ação de Formação.....	
ANEXO XXX- Análise da Perceção dos Formandos da Ação de Formação	
ANEXO XXXI- Análise das respostas ao questionário pós-formativo.....	
ANEXO XXXII - Matriz de Acompanhamento ao Desenvolvimento de Competências na Documentação dos Cuidados de Enfermagem na Dimensão Estrutural do “Programa de Saúde da Família” do SClinico®.....	
ANEXO XXXIII - Questionário de Avaliação da Perceção de competência dos enfermeiros pós-formativo.....	
ANEXO XXXIV - Comportamentos demonstrados no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Níveis de Intervenção na família (Wright e Leahey 1990, p.149).....	33
FIGURA 2: Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação (Figueiredo, 2012, p.104)	36
FIGURA 3: Teoria de Médio Alcance da Transição (Adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher (2010) in Im, 2010, p.419)	44
FIGURA 4: Transição saúde-doença experienciada por indivíduos com DM (Adaptado McEwen et al., 2007, p. 204)	54
FIGURA 5: Relação entre modelos que abordam o <i>coping</i> diádico.....	58
FIGURA 6: Dimensões da inter-relação familiar entre os membros de uma família com um portador de DM2 (Silva, 2007, p.118).....	62
FIGURA 7: Técnicas de Intervenção Familiar Sistémica.....	67
FIGURA 8: Genograma Família 2.....	70
FIGURA 9: Ecomapa Família 2	71
FIGURA 10: Desenho do Casal do Sr. M	72
FIGURA 11: Desenho do Casal da Sr. ^a M.A.....	72
FIGURA 12: Genograma Família 3	77
FIGURA 13: Ecomapa da Família 3.....	77
FIGURA 14: Desenho do Casal do Sr. J.....	79
FIGURA 15: Desenho do Casal da Sr. ^a M.....	79
FIGURA 16: Técnica “Roda da Vida” (Adaptado de Sachweh & Conceição, 2020)	79
FIGURA 17: Genograma da Família 4	82
FIGURA 18: Ecomapa da Família 4.....	82
FIGURA 19: Desenho do Casal do Sr. M	83
FIGURA 20: Desenho do Casal da Sr. ^a M.L.....	83
FIGURA 21: Genograma Família 5	87
FIGURA 22: Ecomapa da Família 5.....	87
FIGURA 23: Genograma Família 6	92
FIGURA 24: Ecomapa da Família 6.....	92

FIGURA 25: Genograma Família 7.....	97
FIGURA 26: Ecomapa da Família 7	97

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Evolução dos diagnósticos de enfermagem nas dimensões desenvolvimental e funcional do MDAIF, antes e após a intervenção colaborativa com as famílias	102
GRÁFICO 2: Evolução dos diagnósticos de enfermagem do membro portador de DM2	102
GRÁFICO 3: Evolução dos Conhecimentos com o processo formativo.....	110
GRÁFICO 4: Evolução da Percepção de Competência com o processo formativo	112

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Avaliação do Foco SC segundo o MDAIF	43
QUADRO 2: Resumo mínimo de dados da decisão clínica no âmbito do foco “Gestão do Regime Terapêutico”	50
QUADRO 3: Áreas de atenção do MDAIF Transversais nas famílias do projeto	65
QUADRO 4: Resumo da avaliação da SC	66
QUADRO 5: Resumo das consultas com a Família 2	71
QUADRO 6: Resumo das consultas com a Família 3	77
QUADRO 7: Conto Sistêmico criado e apresentado à Família 3	80
QUADRO 8: Resumo das consultas à Família 4	83
QUADRO 9: Resumo das consultas à Família 5	88
QUADRO 10: Conto Sistêmico criado e apresentado à Família 5	88
QUADRO 11: Resumo das consultas à Família 6	93
QUADRO 12: Resumo das consultas à Família 7	97
QUADRO 13: Conto Sistêmico criado e apresentado à Família 7	99
QUADRO 14: Resumo da variação diagnóstica em cada uma das famílias	101
QUADRO 15: Planejamento do Processo Formativo	107
QUADRO 16: Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.1	116
QUADRO 17: Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.2	116
QUADRO 18: Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.3	117
QUADRO 19: Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.4	117
QUADRO 20: Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.5	118
QUADRO 21: Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.6	118
QUADRO 22: Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.7	118
QUADRO 23: Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.8	119
QUADRO 24: Comportamentos demonstrados relativos à unidade de competência 2.1	119
QUADRO 25 : Comportamentos demonstrados relativos à unidade de competência 2.2	120

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), das unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulos I e II, pretendendo relatar esta última. No total, foram realizadas 510 horas de modalidade de estágio entre 21 de Novembro de 2022 e 3 de Fevereiro de 2023 (Módulo I) e entre 6 de Fevereiro e 23 de junho de 2023 (Módulo II), numa Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo A, na região norte do país. Estes estágios surgiram para dar resposta ao objetivo específico do MECESF: “Aprofundar e consolidar competências clínicas diferenciadas e avançadas, face a necessidades em cuidados das famílias, no contexto da Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.” (ESEP, 2022, p14).

O enfermeiro especialista é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), estão definidas em regulamento próprio e são designadamente: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355). Em consonância com as competências específicas definidas no regulamento supracitado foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos para o desenvolvimento da componente clínica do MECESF: 1) 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; 1.1) Avaliar as famílias utilizando a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), identificando as necessidades em cuidados da família de forma colaborativa; 1.2) Intervir eficazmente nas famílias participantes e nos seus membros, dando resposta às necessidades em cuidados e tendo em conta as suas características específicas; 1.3) Formalizar a monitorização e avaliação das respostas das famílias participantes às intervenções de enfermagem; 2) Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); 2.1) Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família; 2.2) Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, promovendo uma consciência profissional sobre o papel do EECESF.

No Módulo I analisou-se uma amostra de utentes do ficheiro enfermeira tutora, que evidenciou características comuns: famílias nucleares com dois membros pertencentes ao subsistema conjugal, em que um deles tinha Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Com a definição de critérios de seleção, identificaram-se sete famílias a que se prestaram cuidados no

estágio Módulo II. Na prática clínica que se pretende relatar, na avaliação e intervenção familiar foi utilizado o MDAIF (Figueiredo, 2012) que tem como referencial epistemológico o pensamento sistémico e como base teórica o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), de Wright e Leahey (1984) e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar, das mesmas autoras (1994). A família figurou como unidade de avaliação, intervenção e transformação e pretendeu-se a obtenção de ganhos em saúde no sistema familiar, conjugal e individual, em cada um dos seus membros, nomeadamente na Gestão do Regime Terapêutico (GRT) na DM2.

A DM assume-se como uma das patologias que mais afeta a população a nível mundial, quer em termos pessoais, familiares, sociais ou económicos (Beck et al., 2017). Apesar do crescente protagonismo que a família tem vindo a ganhar na abordagem do enfermeiro de família, ainda é comumente percecionada como contexto e não como unidade de intervenção, onde devem ser “ênfatizadas as intervenções de rede e um paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo de vida (...) para direccionar o foco da prática dos enfermeiros para a família, enquanto unidade de cuidados” (Regulamento n.º 367/2015, 2015, p.3). É possível constatar que a maioria dos estudos (Joaquim et al., 2022; Kodama et al., 2019; Pamungkas et al., 2017 Maslakhak et al., 2017; McElfish et al., 2019; Withidpanyawong et al., 2019) abordam a família como parceira ou como contexto da pessoa portadora de DM2, escasseando literatura que demonstre a efetividade de intervenções dirigidas à família como unidade de cuidados e relacionando-a com a capacitação para a GRT do membro portador da doença. Está, no entanto, descrito que realizar breves entrevistas familiares, suportadas na teoria dos sistemas, é uma estratégia viável a utilizar em famílias com membros com DM2, sendo que as interações intrafamiliares devem ser tidas em consideração, uma vez que os membros da família são interdependentes, dentro do ambiente familiar (Bennich et al., 2017).

Pretende-se retratar a expansão e consolidação da consciência profissional sobre o papel do EEECESF, assim como as competências adquiridas durante o processo de aprendizagem, com vista ao exercício profissional especializado, incluindo as competências comuns do EE, definidas pela OE no Regulamento das Competências Comuns do EE n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República (DR).

Este documento encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo é feita a caracterização do contexto clínico em que foram desenvolvidos os estágios e no segundo o enquadramento teórico que suporta a prática clínica desenvolvida. Seguidamente, é feita a descrição das atividades realizadas: a avaliação e intervenção familiar às diferentes famílias e outras atividades desenvolvidas relativas à liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, que dão resposta aos objetivos gerais e específicos dos estágios, referidos anteriormente. No quarto capítulo são abordados, de forma reflexiva e crítica, os contributos para o desenvolvimento de competências clínicas comuns e especializadas em EEECESF. A última secção do relatório reporta-se à conclusão.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A Unidade de Saúde Familiar (USF) em que decorreram os estágios é uma unidade funcional presta cuidados de saúde individuais e familiares. Dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, está integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde a que pertence (Melo, 2021), dentro da Administração Regional de Saúde do Norte, nomeadamente com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, com a Unidade de Cuidados na Comunidade e a Unidade de Saúde Pública.

1.1 Descrição da USF

Tem por base funcional e organizativa o modelo A de USF (Melo, 2021). O seu período de funcionamento é das oito às 20 horas. Fora do horário de funcionamento, as alternativas são o Serviço de Atendimento Complementar e o Serviço de Urgência da região.

A missão desta USF assenta na prestação de cuidados de saúde que garantam a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. A visão desta unidade incide na prestação de cuidados de excelência, através da otimização dos recursos disponíveis, e na garantia de padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação que proporcionam mais e melhor saúde, confiança e satisfação. Esta USF valoriza a transparência, a qualidade, a ética, a ambição, o respeito, a disponibilidade e a dedicação e cooperação de todos, essenciais na promoção da saúde dos utentes e famílias.

Em termos de instalações, a USF é constituída por oito gabinetes médicos, três gabinetes de enfermagem, três salas de tratamentos, uma secretaria, uma sala de espera, um fraldário/cantinho da amamentação, instalações sanitárias para utentes e para profissionais, uma sala de reuniões, uma sala de refeições, uma sala de arquivo e duas salas de armazenamento (Anexo I). A USF oferece uma variedade de consultas programadas e não programadas e presenciais e não presenciais, no âmbito dos Programas de Saúde Nacionais, dos quais destaco: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas; Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes; Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo e Programa Nacional de Vacinação. A marcação de consulta pode ser efetuada pelo utente ou pelo seu representante: pessoalmente, por telefone ou pelo E-Agenda/Portal do Utente. Estão também disponíveis consultas médicas e de enfermagem no contexto do domicílio das famílias, em caso de necessidade das mesmas.

A USF abrange 9,726 utentes. A população inscrita apresenta um índice de dependência total de 54,21%, sendo que dependência relativa a idosos é de 35,99%, ambos os valores ligeiramente abaixo da média nacional, com 58,1% e 37,6%, respetivamente (Instituto Nacional de Estatística, 2023). Os utentes inscritos são designados em lista da responsabilidade da USF, privilegiando -se a estrutura familiar e o princípio do direito do utente na livre opção de escolha.

A USF é coordenada por uma médica especialista em Medicina Geral e Familiar (MGF) e é constituída por uma equipa multidisciplinar, subdividida em seis equipas de saúde familiar, constituídas por médico especialista em MGF, enfermeiro e secretário clínico. Na equipa multidisciplinar da USF existem seis médicos especialistas em MGF, três internos, seis enfermeiros (quatro de cuidados gerais, um especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e um especialista em Enfermagem Comunitária) e cinco secretários clínicos. Numa USF cada equipa fica responsável por uma lista mínima de 1917 unidades ponderadas, o que deve corresponder, em média, a 1550 utentes de uma lista de padrão nacional. No caso da enfermeira tutora, a sua lista atribuída tem 1470 inscritos, correspondendo a 1938 unidades ponderadas. A USF conta, ainda, com a colaboração de assistentes operacionais, um vigilante e uma equipa de limpeza.

Em 2014, o Ministério da Saúde estabeleceu os princípios e o enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família (EF), no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas USF e Unidades de Cuidados Saúde Personalizadas UCSP, estando definido como o profissional de enfermagem que integra a equipa multiprofissional e assume responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias, em todas as fases do ciclo vital e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei -DL nº 118/2014, de 5 de Agosto). No que respeita às áreas de atividade do EF, foi também definido que considera a família como unidade de cuidados, promovendo a capacitação da mesma face às exigências que enfrenta e se foca na família como um todo e nos seus membros individualmente, executando intervenções adequadas à promoção de mudanças no funcionamento familiar (Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de Agosto). Em 2017 foi publicado o DL n.º 73 que aponta que os enfermeiros que constituem uma USF têm de deter o título de especialista de EEECESF.

Quanto ao método de trabalho utilizado pelos enfermeiros na USF do local de estágio é a de EF. O EF assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade, que estejam incluídas na sua lista de utentes (Decreto-Lei [DL] nº 118/2014, de 5 de Agosto).

Quanto ao Índice de Desempenho Global, que é um instrumento utilizado para a monitorização e avaliação do desempenho das unidades funcionais, nos últimos três anos o IDG da USF em que decorreram os estágios tem vindo a aumentar, estando atualmente nos 72,30 %. No que toca a Projetos de Melhoria Contínua, para o ano de 2023, alguns dos Planos de Acompanhamento Interno Clínico são os seguintes: Vacinação anti- pneumónica em utentes portadores de DM e Intervenção breve e muito breve em utentes fumadores. No que concerne à DM, no Plano de Ação da Unidade Funcional de 2022, foram identificados os seguintes problemas: “Proporção reduzida de utentes portadores de DM com avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera diabética, no último ano”, tendo como meta aumentar de 36,31% para 50% e “Proporção reduzida de utentes portadores de DM com rastreio de

nefropatia através do registro de microalbuminúria, no último ano”, tendo como meta aumentar de 54,42% para 65%”.

1.2 Descrição de amostra do Ficheiro da Enfermeira Tutora

No estágio Módulo I foi caracterizada uma amostra de 60 famílias do ficheiro da enfermeira tutora, considerando as seguintes características: composição familiar, tipo de família, rede social, classe social, etapa do ciclo vital, transições familiares, membros dependentes, patologias mais frequentes, entre outras consideradas relevantes. Estes atributos fazem parte da dimensão estrutural do MDAIF. Esta dimensão avaliativa incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas e sistemas amplos e ainda aspetos particulares do contexto ambiental, que podem ser indicadores de riscos de saúde (Figueiredo, 2009). A colheita destes dados foi realizada em consulta na USF, através de entrevista familiar e foi efetuada a documentação desses mesmos dados no processo clínico das famílias, no SClínico®.

Da análise dos dados colhidos, obteve-se que os utentes tinham idades compreendidas entre 7 dias e 94 anos, sendo que a média de idades se situava nos 50,49 anos, com um desvio padrão associado de aproximadamente 23,92, refletindo uma pirâmide etária de base larga, com maior população envelhecida.

Quanto à distribuição por freguesia, os utentes residiam maioritariamente na freguesia onde se localizava a USF. Relativamente à classe social, situavam-se essencialmente na classe média (55%), seguindo-se a classe média alta (32%) e classe média baixa (13%). No que concerne ao tipo de habitação, a mais frequente era o tipo III (75%), seguindo-se o tipo II (15%) e o tipo IV (10%). Quanto ao tipo de família, a mais comum era a nuclear (68%), seguindo-se a alargada (14%); unitária (8 %); reconstruída (2 %) e outros tipos de família (8%). No que toca ao número de elementos do agregado familiar, o mais comum eram dois membros (38%), seguindo-se famílias com três (27%), quatro (17%), cinco (8 %), seis (2 %) e um elemento (8 %). Quanto ao número de dependentes do agregado familiar apenas 17% possuíam um membro dependente e 3 % possuíam dois membros dependentes, sendo que, em todas as famílias estes membros estavam em idade pediátrica.

Quanto à informação relativa às doenças dos membros das famílias e fazendo recurso à Classificação Internacional de Doenças (CID-11), no que toca às doenças crónicas, as mais comuns são as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (essencialmente DM e obesidade), com 76,60%, sendo que em um terço das famílias da amostra, pelo menos um dos membros tinha o diagnóstico de DM; seguindo-se as doenças do aparelho circulatório, com 70%; os transtornos mentais e comportamentais ou do neuro-desenvolvimento, destacando-se a depressão e a ansiedade, com 26,66%; 13,33% possuíam neoplasmas; 13,33% doenças do aparelho respiratório; 11,67% doenças do sistema osteoarticular e do tecido conjuntivo e 32,35% outras doenças.

Desenhando um perfil de família mais prevalente, seria uma família nuclear, com dois membros, um casal, com média de idades nos 50 anos, pertencentes à classe média, com tipo de habitação III, e em que pelo menos um dos elementos possui uma doença endócrina, nutricional ou metabólica, entre elas, a DM.

1.3 Identificação das Famílias para a prestação de Cuidados

Tendo em conta a análise dos dados colhidos e considerando o impacto da DM2 na população a nível mundial, quer em termos individuais, familiares, sociais ou económicos (IDF, 2022), decidiu-se que a prestação de cuidados seria dirigida a famílias do tipo nuclear, em que um dos membros do subsistema conjugal, tinha o diagnóstico de DM2, uma vez que famílias com estas características foram as mais prevalentes. Para a seleção das famílias com as especificidades referidas, definiu-se como critérios: haver documentação no processo clínico de um dos membros do sistema conjugal do diagnóstico médico de DM Não-Insulínica, com o código T90, segundo a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários e conforme Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº 002/201, assim como o diagnóstico de enfermagem “Gestão do Regime Terapêutico comprometida” identificado e ativo, no SClínico®. Definiu-se ainda que utentes institucionalizados, residentes no estrangeiro, ou outros que estejam impossibilitados de estabelecer contacto presencial na USF ou por visita domiciliária, assim como a recusa de participação dos utentes/famílias seriam motivos para a não seleção de famílias para a prestação de cuidados.

Para a identificação das famílias para a prestação de cuidados, em março de 2023 através do programa Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF®), identificou-se que na USF estavam inscritos 95 utentes portadores de DM tipo I e 920 de DM2. Depois, identificou-se, de forma nominal, os utentes do ficheiro da enfermeira tutora com o diagnóstico de DM2, 141 utentes. Em seguida, foram consultados cada um dos processos no SClínico® para colher informação sobre o tipo de família, através da consulta do agregado familiar inscrito na USF, onde se identificaram 51 famílias do tipo nuclear (com ou sem filhos). Dada a importância dos processos de autogestão do regime terapêutico na DM2, que será abordada mais adiante neste relatório, fez-se análise documental a cada um dos 51 processos e verificou-se que 12 tinham documentado o diagnóstico “Gestão do Regime Terapêutico Comprometida”. Deste modo, essas 12 famílias foram contactadas para agendamento de consulta, das quais uma foi excluída por residir em lar e quatro, por indisponibilidade, pelo que, sete, foi o número total de famílias a que foram prestados cuidados.

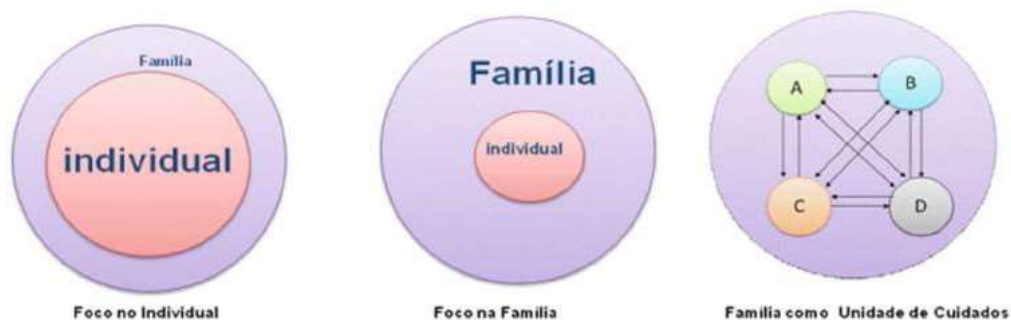
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Uma perspectiva sistémica da doença crónica no seio de uma família, deve contemplar a articulação de dois processos diferentes: o desenvolvimento individual e o desenvolvimento familiar (Rolland, 2005). As componentes da vida familiar, como desenvolvimento dos ciclos vitais (da doença individual, do próprio indivíduo e da família), os sistemas de crenças, a coesão, a adaptabilidade e a comunicação devem também ser tidas em consideração, (Rolland; 1994, 2005), sendo que a fase do ciclo vital familiar irá moldar e ser moldada pelo desenvolvimento individual de cada elemento da família e pela evolução da doença no membro portador dessa doença (Rolland, 1994).

2.1 Teorias e Modelos de Avaliação e Intervenção

Os cuidados à família desenvolvem-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem. Os desafios epistemológicos atuais centram-se na clarificação das dinâmicas de intervenção e o seu impacto na prática clínica; na compreensão das relações entre o sistema e os resultados individuais; nas construções do conhecimento sobre como as famílias criam significados nos processos de saúde e de doença e, ainda, no desenvolvimento de modelos teóricos que sustentem a prática (Figueiredo, 2012). Os modelos conceptuais instituem um quadro referencial e coerência na forma de pensar sobre os fenómenos de Enfermagem (Hanson, 2005), servindo como estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso (OE, 2023). A ESF, ao basear-se no cuidado centrado na família ao longo do seu ciclo de vida, sustenta-se em modelos e teorias que lhe conferem um corpo de conhecimento específico (Kaakinen et al., 2015). Este conhecimento também dá subsídios aos enfermeiros para documentarem os cuidados prestados nos sistemas de informação em uso no contexto clínico, que são fundamentais ao exercício profissional, ao integrarem conhecimento baseado em evidência e traduzirem a tomada de decisão clínica dos enfermeiros, através do processo de enfermagem (Esteves & Amaral, 2022). A enfermagem poderá centrar-se no indivíduo, no contexto da família; na família, tendo o indivíduo como contexto; havendo uma tendência emergente de sistemas de cuidado familiar, onde a família é tida como unidade de cuidados (Wright & Leahey, 1990) (Fig. 1).

Figura 1- Níveis de Intervenção na família



Fonte: Adaptado de Wright e Leahey 1990, p.149

Tendo como pressuposto que a família enquanto sistema integra subsistemas, como o parental, conjugal e filial, cada membro constitui-se também como um subsistema, que pode assumir papéis em diferentes subsistemas, que são passíveis de ser avaliados por modelos conceituais específicos (Wright & Leahey, 2012).

2.1.1 Subsistema Familiar

Segundo Figueiredo (2009), dada a complexidade inerente à unidade familiar, a sua avaliação e intervenção requer a utilização de modelos que possibilitem a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento de intervenções.

Alguns dos principais componentes dos modelos teóricos centrados na família incluem a colaboração entre a família e os profissionais de saúde, a consideração das características específicas das famílias e do ambiente em que estão inseridas e flexibilidade na aplicação de procedimentos (Kokorelias et al., 2019). Neste contexto, a International Family Nursing Association (IFNA), referencia cerca de 14 modelos, oriundos de diversas partes do mundo (IFNA, 2023), dos quais se salienta: MCAF (Wright e Leahey, 1984) ; Modelo de Enfermagem de McGill (Moyra Allen, 1986) ; MCIF (Wright e Leahey, 1994) ; Illness Beliefs Model (Wright e Bell, 1996); Modelo de Avaliação Familiar Friedman (Friedman, 1998); Modelo de Enfermagem de Empoderamento Familiar (Nojima, 2008) ; Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009); Modelo de Ambiente Familiar Esfera Concêntrica (Naohiro Hohashi, 2011) ; Enfermagem Baseada em Pontos Fortes (Gottlieb, 2013).

2.1.1.1 Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

O MCAF foi desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey, publicado em 1984 e subsidia-se na Teoria Geral dos Sistemas, na Teoria da Comunicação, na Teoria da Mudança e na Cibernética, centrando-se na interação entre todos os membros da família; pretendendo conhecer a família bem como identificar as suas necessidades. Este modelo assenta em três categorias principais para a avaliação familiar: estrutural, desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2012). Na avaliação estrutural pretende-se identificar quem faz parte da família, quais os vínculos afetivos entre os seus membros e qual o contexto onde a família se insere. Esta categoria divide-se em três subcategorias: 1) a interna (avalia a composição da família e as características dos seus membros, utilizando-se, como instrumento de avaliação, o genograma familiar); 2) a externa (avalia as interações da família nos sistemas mais amplos, a comunidade, a família extensa, bem como as comunicações internas entre os membros da família, recorrendo-se ao instrumento de avaliação ecomapa familiar) e 3) ao contexto (avalia as características etnia, classe social, ambiente, religião e espiritualidade, relativamente à família). Na avaliação do desenvolvimento incide-se sobre o ciclo de vida da família. Esta categoria encontra-se dividida em três subcategorias: as etapas, as tarefas e os vínculos familiares. A avaliação funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Esta categoria é constituída pela subcategoria instrumental

da família (relacionada com as atividades de vida diárias e permite determinar a capacidade da família em responder às suas necessidades) e a pela subcategoria expressiva (relacionada com a comunicação e a interação entre os seus membros).

Para completar o MCAF surge em 1994 o MCIF. Segundo Wright e Leahey (2012), este é um modelo que tem como objetivo fortalecer a relação das famílias com os enfermeiros, permitindo a estes participar nas mudanças a nível cognitivo, afetivo e/ou comportamental dos membros das famílias, promovendo a saúde da família e dos seus membros. Simultaneamente, é um modelo colaborativo, em que é valorizada a experiência dos membros da família e a experiência dos enfermeiros. Baseia-se no pensamento sistémico e nas práticas da terapia familiar, e tem como conceito principal as intervenções de enfermagem com as famílias com o objetivo de promover, melhorar e apoiar o funcionamento familiar, com o propósito de encontrar soluções alternativas para reduzir e aliviar o sofrimento dos seus membros. Deste modo, o MCAF e o MCIF permitem avaliar, transversalmente, a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiares, sendo, como referido anteriormente, alguns dos modelos que o Internacional Council of Nurses (ICN) reconhece como instrumentos orientadores e sistematizadores das boas práticas de ESF (OE, 2023).

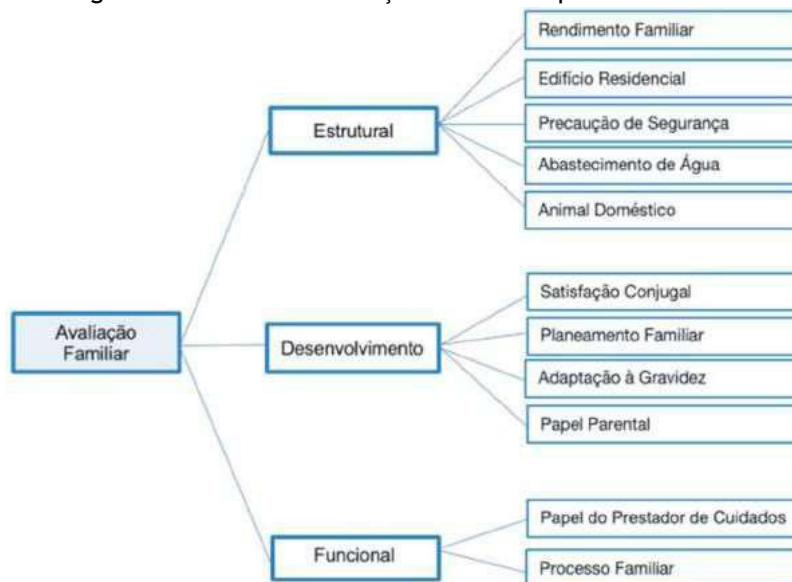
2.1.1.2 Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

O MDAIF (Figueiredo,2009), enquanto referencial teórico e operativo da ESF, pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias. Sustenta-se no pensamento sistémico, enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas são o MCAF e o MCAIF. Define os conceitos de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família e os seus dez pressupostos reconhecem a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização (Figueiredo, 2012). O cliente dos cuidados de enfermagem é a família, que é considerada unidade de intervenção, através de processo colaborativo e ancorado no paradigma sistémico, que potencializa as suas forças, recursos e competências (Figueiredo,2012). O dinamismo, flexibilidade e interatividade característicos da sua matriz operativa permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador da enfermagem de saúde familiar, permitindo, aos enfermeiros, identificar, as necessidades em cuidados das famílias, com rigor, e definir as intervenções mais adequadas (Figueiredo,2012).

A estrutura do MDAIF (Fig.2), em termos de classificação de dimensões é semelhante ao MCAIF, já descrito anteriormente, no entanto existem vários aspetos que enformam o MDAIF e o distinguem de outros modelos de avaliação e intervenção familiar, que a seguir se explicitam. A matriz compreende três dimensões avaliativas fundamentais: estrutural, desenvolvimental e funcional, que se concretizam em áreas de atenção familiares, relevantes na prática de cuidados de ESF, constituindo-se como categorias avaliativas destas

dimensões familiares (Figueiredo,2012). Estas áreas de atenção têm conceitos próprios e diferenciam-se de dados avaliativos ou de caracterização. Os dados avaliativos referem-se a itens de caracterização da família, que auxiliam na compreensão da sua estrutura, crucial numa avaliação integradora e contextual (Figueiredo,2012). Os dados de caracterização são indicadores de avaliação de cada área de atenção, dando orientação de acordo com critérios estabelecidos para a decisão diagnóstica, identificação de intervenções e avaliação de resultados (Figueiredo,2012). As intervenções sugeridas pelo MDAIF fomentam a promoção da participação dos membros das famílias, favorecendo a mudança, a utilização de estratégias de *coping* que beneficiem as forças e os recursos da família, ajudando a família na identificação dos problemas e de estratégias de resolução, tendo em consideração os seus projetos de vida/saúde (Figueiredo, 2012). O foco da enfermagem em saúde familiar é a promoção de projetos de saúde da família e as intervenções correspondem a elementos promotores de capacitação da família (Figueiredo, 2012).

Figura 2- Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação



Fonte:Figueiredo, 2012, p.104

A título de exemplo, e tendo em conta avaliação do subsistema familiar, a matriz, na sua dimensão funcional, prevê o Processo Familiar como uma das áreas de atenção a serem avaliadas, sendo, portanto, considerada de relevo na compreensão dos padrões de interação da família (Figueiredo, 2012). As dimensões operativas do Processo Familiar são as seguintes: Comunicação Familiar, *Coping* Familiar, Interação de Papeis Familiares e Relação Dinâmica.

No caso da Comunicação Familiar, os dados de caracterização que a compõem e que servem como itens de avaliação são: a Comunicação Emocional, a Comunicação Verbal e Não Verbal e a Comunicação Circular. Os dados que caracterizam a Comunicação Emocional são: a satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos; aceitação da família relativamente à expressão de sentimentos dos seus membros e o impacto que os sentimentos de cada um têm na família. Para identificação diagnóstica, é preciso aplicar os critérios diagnósticos aos dados de caracterização colhidos. Estes critérios apoiam-se na

ausência, ou na presença, dos dados de caracterização para identificar diagnóstico, neste caso o que está definido na matriz é que se um dos três dados que caracterizam a Comunicação Familiar (Comunicação Emocional, a Comunicação Verbal e Não Verbal e a Comunicação Circular) estiver alterado identifica-se o diagnóstico Comunicação Familiar Não Eficaz, sendo sugeridas intervenções neste âmbito. Cabe ao enfermeiro identificar, num processo colaborativo com os membros da família, as intervenções conducentes à mudança do sistema familiar e que serão mais profícuas, considerando a especificidade da família, bem como as suas forças, recursos e objetivos (Figueiredo, 2012). Para avaliar os resultados avaliar se há alteração do juízo diagnóstico após a implementação das intervenções, o enfermeiro tem de atentar para os dados de caracterização das dimensões avaliadas.

2.1.2 Subsistema Conjugal

Importa compreender que o casal, que constitui o subsistema conjugal (Figueiredo, 2009), se reveste de extrema importância na família, pois “a formação do casal coincide com o nascimento da família nuclear e, por essa mesma razão, corresponde à primeira etapa do seu ciclo vital” (Relvas, 2000, p. 33), pelo que entender a dinâmica da relação conjugal permite a compreensão deste tipo de família.

Para compreender a relação conjugal, importa entender o ciclo vital do casal. Segundo DeFranck-Lynch (1986) o ciclo de vida do casal abrange três etapas: a *fase de fusão*, onde o “eu” de cada um dos indivíduos se fundem num só sistema, isto é, num “nós” (até aos 10 anos de casamento); fase de *retorno ao “eu” e ao “tu”*, onde existe um maior investimento na individualidade e autonomia dos membros do casal (entre os 10 e os 20 anos de casamento) e a fase de *reencontro*, onde existe um retorno ao “nós”, diferente da primeira vez, uma vez que, agora, trata-se de dois seres com um maior nível de autonomia e independência, mas cuja aproximação, neste período, permite o distanciamento dos filhos e a sua saída de casa (a partir dos 20 anos de casamento) (DeFranck-Lynch, 1986, como citado em Relvas, 2000, p.70). Este período do ciclo vital do casal não significa estabilidade final, pois o casal vai defrontar-se com novos desafios e necessidades de mudança: a reforma, o aparecimento dos netos, a perda dos seus próprios pais, a ameaça da separação inevitável e a morte (DeFranck-Lynch 1986, como citado em Relvas, 2000).

Uma visão mais recente do ciclo vital do casal é a de Lourenço (2006), ao propor as seguintes etapas: etapa da idealização (zero aos três anos); etapa do estremecimento ao terramoto (quatro aos 10 anos); etapa da empatia ou reaproximação (11 aos 19 anos); fase de questionamento (a partir dos 20 anos) e a etapa apelidada por companheirismo (a partir dos 27/29 anos). Deste modo, compreende-se que o casal nunca é uma entidade completamente formada: ao longo de todo o processo, o casal confronta-se e defronta-se com o seu modelo, numa tarefa de permanente redescoberta. Esta etapa pode sugerir o término de um processo que, na verdade, nunca está concluído: o casal ao longo de todo o seu tempo de vida está em formação (Relvas, 2000).

2.1.2.1 Satisfação Conjugal

A satisfação conjugal (SC) tem sido estudada por vários investigadores (Anexo II) interessados por este constructo, pelo que existem vários estudos, sobre os fatores que o influenciam (Alves-de-Lima et al., 2010; Chomba et al., 2023; Costa et al., 2016; Downward et al., 2022; Falcão et al., 2020; Galdiolo et al., 2022; Gamero et al., 2008; Hernandez & Baylão, 2020; Javadivala et al., 2021; Jolin et al., 2022; Jozefacka et al., 2023; Martinez-Libano Yeomans, 2021; Mayor & Farias, 2012; Mosmann et al., 2006; Muhlen & Sattle, 2016; Neves et al., 2013; Nogren et al., 2004; Pantoja & Martins, 2020; Pergher, 2010; Pinheiro & Costa, 2020; Plentz & Andretta, 2014; Qingyin et al., 2023; Rosado & Wagner, 2015; Scorsolini-Comin & Santos, 2010; Tissot & Falcke, 2017).

Enquanto conceito do MDAIF, a SC surge como “processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, percecionada como apoiante nas suas múltiplas vertentes, que se interligam” (Figueiredo, 2012, p.80). Integra quatro dimensões avaliativas interdependentes: a Relação Dinâmica, a Comunicação do Casal, a Interação Sexual, e a Função Sexual (Figueiredo, 2012), que a seguir se explicitam.

A Relação Dinâmica do casal é “centrada na partilha de responsabilidades, na possibilidade de expressar sentimentos e emoções e flexibilidade de papéis” (Figueiredo, 2012, p.80). Esta dimensão inclui os seguintes itens de avaliação relativos à SC: a partilha das tarefas domésticas, o tempo que passam juntos e a forma como cada elemento expressa os seus sentimentos.

No que toca à partilha das tarefas domésticas, constata-se que, quando ambos os parceiros são congruentes nas suas atitudes em relação aos papéis (e funções) de provedores e apresentam uma divisão mais semelhante e justa das tarefas domésticas, percecionam uma maior SC (Helms et al., 2010). A divisão igualitária das tarefas domésticas, torna-se assim de suma importância, no entanto, alguns estudos (Bruschini, 2007; Figueiredo & Diniz, 2018; Teycal & Rocha-Coutinho, 2007;), apontam que a responsabilidade pelo espaço doméstico continua a recair maioritariamente na mulher, revelando assim a existência de estereótipos de género. O trabalho doméstico, quando exercido pelo homem é visto como uma “ajuda” à mulher e não como responsabilidade que deve ser partilhada por ambos, de forma natural (Jablonski, 2010). Num estudo levado a cabo por Jablonski em 2010, após se questionar ambos os elementos de casais sobre a divisão das tarefas, foi identificada falta de sintonia na perceção de homens e mulheres sobre a divisão das tarefas. As mulheres tenderam a percebê-la como mais assimétrica e os homens como mais equitativa, sendo que esta divergência pode levar à insatisfação conjugal. Segundo Leopold et al., (2018), a divisão do trabalho doméstico altera com o envelhecimento dos membros do casal, uma vez que o primeiro membro do casal a reformar-se passa a ser o maior responsável pelas tarefas domésticas, quer seja o homem, quer a mulher. No MDAIF, está claro que “independentemente do

modelo organizativo da divisão das tarefas, interessa primordialmente a percepção da satisfação dos membros do casal, manifestada face ao mesmo” (Figueiredo, 2009, p.276).

O segundo item de avaliação da Relação Dinâmica diz respeito ao tempo que os cônjuges passam juntos. Segundo Afonso (2018), a satisfação com o tempo partilhado em atividades de lazer é outro fator que também influencia a SC, resultando em sentimentos de recompensa e melhoria da comunicação entre o casal.

O último item de avaliação corresponde à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos. No âmbito das relações interpessoais, considera-se que “pessoas socialmente habilidosas buscam interações sociais mais eficientes” (Cia et al., 2006, p.74). Segundo Raby et al. (2015), as famílias em que o casamento entre os pais é harmonioso, proporcionam às crianças um ambiente emocional promotor da capacidade de se envolverem em relações românticas. Sendo que os modelos familiares mostram à criança como desempenhar o papel de homem ou mulher, de pai e mãe e de marido e esposa. Está descrito que o impacto destes modelos familiares na relação conjugal futura das crianças é muito elevado, uma vez que servem como um guia de comportamentos, fronteiras, padrões de comunicação e intimidade, entre os vários elementos (Larson et al., 2000). Outro ponto interessante, relaciona-se com as diferenças ao nível da expressão emocional entre géneros, estudada por alguns autores (Addis, 2000; Balswick & Avertt, 1977; Carpenter, & Cordova et al., 2005; Fischer & Good, 1997; Levant, 2001; Ross & Van Willigen, 1996). As mulheres parecem ter maior facilidade em expressar raiva, amor, felicidade e tristeza do que os homens. Eles, por sua vez, mostram uma maior dificuldade em identificar e expressar emoções (Cordova et al., 2005). Isto pode ser explicado pelo processo de socialização na criança, que ocorre de acordo com o género, e que, no caso do género masculino, poderá ocorrer com tendência à alexitimia, ou seja, não havendo estimulação das competências ao nível de identificação e comunicação de emoções (Levant, 2001).

Entre cônjuges pode ainda acontecer o que é denominado de “contágio emocional”, que acontece quando um indivíduo captura as emoções do outro, produzindo um estado interno semelhante (Buchanan et al., 2011, p.1). Deste modo, compreende-se a “ressonância de emoções” que pode existir entre os elementos do casal (Mussumeci & Ponciano, 2018, p.173), seja no que concerne a emoções positivas ou negativas.

No que concerne à dimensão operativa Comunicação do Casal, segundo o MDAIF, reporta-se “às ações interativas subjacentes aos comportamentos relacionais” (Figueiredo, 2012, p.80). O diálogo sobre as expectativas e receios de cada um dos elementos, o acordo face há discordância de opinião e a satisfação face ao padrão de comunicação estabelecido, são os itens de avaliação da Comunicação no âmbito da SC.

Para abordar a comunicação é inevitável falar sobre a Teoria da Comunicação Pragmática, desenvolvida essencialmente pela Escola de Palo Alto, que assenta no pressuposto que a comunicação afeta o comportamento trazendo implicações nas relações interpessoais.

Segundo esta teoria, a “atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor de mensagem, influencia os outros, e estes outros que, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações, estão, portanto, comunicando também” (Watzlawick et al., 1973, p. 45). Foram identificados cinco axiomas da comunicação: 1) É impossível não comunicar; 2) Toda comunicação tem aspeto de relato (conteúdo) e de ordem (relação); 3) A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes (cada comportamento é causa e efeito do outro); 4) As pessoas se comunicam de maneira digital (comunicação verbal) e analógica (não verbal); e 5) Todas as permutas comunicacionais “ou são simétricas ou complementares, e estão baseadas na igualdade ou na diferença ” (Watzlawick et al., 1973, p. 45).

Vários autores referem que a comunicação está fortemente associada à estabilidade e SC (Afonso, 2018; Costa & Mosmann, 2020; Figueiredo, 2005; Johnson et al, 2022; Jolin et al, 2023; Luz & Mosmann, 2018; Qingyin et al, 2023; Rehman & Holtzworth-Munroe, 2007), sendo que os casais que têm problemas de comunicação tendem a experienciar conflitos com maior frequência (Afonso, 2018). De facto, existe evidência que os casais satisfeitos possuem padrões de comunicação construtivos, fazendo recurso a estilos positivos e procurando evitar padrões negativos de resolução de diferenças; enquanto os casais insatisfeitos com a sua conjugalidade, apresentam tipos de comunicação mais destrutivos, com estilos de resolução de conflito negativos, recorrendo frequentemente à retirada e especialmente relacionados com níveis elevados de ofensa e problemas não resolvidos (Bertoni & Bodenmann, 2010; Houts et al, 2008; Sanford, 2003). Numa outra perspetiva e ainda na Teoria da Pragmática da Comunicação Humana, é assumido que todas as permutas comunicacionais ou são simétricas - caracterizadas pela igualdade e minimização da diferença, ou são complementares - baseadas na maximização da diferença, que se equilibram de forma saudável. Watzlawick et al. (1973), abordam duas formas não saudáveis de comunicação: a escalada de interação simétrica (conflito permanente, em que seja qual for o tema, a figura que tem poder terá a última palavra, este estilo comunicacional pode levar à rutura da relação) e a complementaridade rígida (um dos elementos se submete permanentemente ao elemento com maior poder, existindo alterações do auto-conceito e de identidade pessoal).

Efetivamente, um dos itens de avaliação da comunicação no casal prende-se com o facto de existir conversa sobre os receios e expectativas de cada um. Segundo Northup (2006), expectativas positivas favorecem a afetividade e o enriquecimento do casal enquanto as baixas expectativas degradam a relação devido à antecipação de *stressores* nas interações relacionais, podendo contribuir para situações de rutura (como citado em Pinheiro & Costa, 2020). Estudos revelam que as dificuldades na resolução de conflitos estão associadas às diferentes expectativas, perceções, e comportamentos que homens e mulheres têm perante os problemas conjugais, assim como a forma de os expressar (Dush & Taylor, 2012; Garcia & Tassara, 2001; Giddens, 1993).

Chegar a acordo quando há discordância entre os elementos do casal, configura-se como o segundo item avaliativo referente à dimensão comunicação no sistema conjugal. Todos os casais têm problemas, assim como divergências de opiniões, em determinados momentos da vida de casal. Pelo que observamos da revisão bibliográfica, a temática de conflito no casal vai mudando, conforme o ciclo vital do casal e da família. Alguns autores defendem que não é o tópico de discussão que influencia a comunicação, mas sim a forma como o conflito é resolvido (Storaasli & Markman, 1990). Segundo Costa et al. (2016), os desacordos conjugais acontecem por várias razões e podem estar relacionados com questões relativas aos filhos, o tempo que os cônjuges passam juntos, questões monetárias, a divisão das tarefas domésticas (Bolze et al, 2011), o contrato conjugal (Tavora, 2009), o padrão de comunicação (Torossian et al., 2009), as características individuais e os padrões de interação entre os cônjuges (Silva & Vandenberghe, 2009). Para Mussumeci e Ponciano (2018), o *coping* diádico é definido, como uma abordagem sistêmica, caracterizada pelo modo como os cônjuges lidam conjuntamente com situações *stressantes*, sendo que mesmo que cada cônjuge tenha sua forma particular de responder aos conflitos, as suas reações vão induzir a resposta do outro (Carr et al., 2014).

As estratégias de resolução dos desacordos do casal podem ser construtivas ou destrutivas (Costa et al., 2016). As primeiras baseiam-se numa postura mais flexível, otimista e tolerante diante dos problemas conjugais, assumindo que a sua ocorrência e resolução dos mesmos, é de responsabilidade mútua (benevolência, cooperação, suporte, validação, autocontrole, comunicação positiva, utilização de pronomes de integração (nós), identificação e abordagem ativa dos problemas, inclinação à mudança de comportamento, bom humor e demonstração de interesse em resolver os desacordos) (Costa et al., 2016). As segundas, baseiam-se em comportamentos individualizados face aos conflitos conjugais e na rigidez de pensamentos, com dificuldade na conexão com o parceiro, havendo quase uma competição, em que, ou se ataca ou se protege: a razão dos problemas é sempre o outro; estando bastante patente na insatisfação conjugal (retaliação, autoproteção, ataque, utilização de pronomes de separação (tu), abordagem passiva do problema, comunicação negativa, ocultação de informações do parceiro e esquiva) (Bermúdez et al., 2006; Bohn & Mosman, 2020; Fincham et al., 2004, 2007; Johnson et al., 2005; Leggett et al., 2012; Markman et al., 2010; McNulty et al., 2008; McNulty & Russell, 2010; Paleari et al., 2010; Pantoja & Martins, 2020; Sanford, 2006; Schoebi et al., 2012; Seider et al., 2009; Simmons et al., 2005; Sullivan et al., 2010; Uysal et al., 2012; Veldorale-Brogan et al., 2013; Verhofstadt et al., 2005).

Pelo exposto, compreende-se a importância da utilização de estratégias construtivas na resolução de conflitos do casal, onde assume destaque o gesto de desculpar-se, pois implica reconhecer os próprios erros, desfazendo os mal-entendidos, e procurando acabar com os ressentimentos (Del Prette & Del Prette, 2008). De facto, importa que o casal desenvolva aquilo que se denomina de intimidade comunicativa (Hernandez & Biasetto, 2003 cit por

Mayor & Farias, 2012; Castilho da Costa, 2012), que é o sentimento de ser compreendido pelo parceiro, podendo confiar e se comunicar com o mesmo. Esta intimidade é fundamental na SC, pois promove uma comunicação eficiente, essencial num relacionamento (Castilho da Costa, 2012; Hernandez & Biasetto, 2003), onde os elementos do casal são capazes de ouvir e ser ouvidos, minimizando a possibilidade de conflitos oriundos de ruídos na comunicação.

Relativamente à interação Sexual, configura-se como outra das dimensões avaliativas da SC no MDAIF, sendo definida como “os atributos relacionais específicos que integram valores e atitudes conducentes à expressão da sexualidade” (Figueiredo, 2012, p. 80). Os dados de avaliação incluem o padrão de sexualidade e o conhecimento sobre sexualidade. A sexualidade associa-se positivamente à qualidade e satisfação com a vida e ao bem-estar geral das pessoas (Kalka, 2018; Štulhofer et al., 2019). No MDAIF, a sexualidade é tida como conceito com características de multidimensionalidade e complexidade, sendo instigadora de sentimentos e emoções positivos, que exercem influência nas interações, espelhando-se na forma como cada indivíduo expressa os afetos, fornecendo contributos na aceitação do prazer e afetividades nas interações sexuais (Figueiredo, 2012).

Dada a subjetividade inerente à sexualidade, vários são os fatores do próprio subsistema conjugal e do modelo relacional co-construído que influem na sua vivência, tais como as próprias expectativas e crenças sobre a sexualidade. Também a manifestação de afeto na relação íntima, a frequência das relações sexuais e de momentos de intimidade assim como recursos como a privacidade, local e tempo, são aspetos que exercem influência na interação sexual do casal (Figueiredo, 2012).

A Função Sexual figura também como dimensão avaliativa na SC, sendo definida no MDAIF como “aptidão cognitiva, sócio-afectiva e comportamental para participar na relação sexual” (Figueiredo, 2012, p.81). Os dados avaliativos pesquisam a existência de disfunções sexuais e o conhecimento do casal sobre estratégias de resolução das mesmas. De facto, existem mais estudos que investigam a disfunção do que a insatisfação sexual (Flynn et al., 2016; Kalka, 2018;). Embora intimamente ligados, estes conceitos (disfunção sexual e insatisfação sexual) não são sinónimos. Como já exposto, a satisfação sexual reveste-se de uma multiplicidade de fatores e, como tal, não se resume apenas à ausência de disfunção ou conflito sexual (Pascoal et al., 2014), pelo que nem todos as pessoas com problemas do funcionamento sexual são sexualmente insatisfeitas ou pretendem ajuda profissional para o seu problema (Bijlsma-Rutte, 2017). Efetivamente, a resposta sexual integra várias dimensões, tendo uma importante componente psicossomática (Figueiredo, 2012). As disfunções sexuais mais frequentes associam-se a transtornos do desejo sexual, transtornos do orgasmo, disfunções da ereção, disfunções da ejaculação e disfunções dolorosas (Meireles, 2019).

Como podemos constatar são vários os fatores que influenciam a SC, pelo que a sua avaliação deve ser abrangente e sistematizada, algo que a matriz operativa do MDAIF oferece, conforme explicitado no Quadro 1.

Quadro 1 - Avaliação do Foco SC segundo o MDAIF

Foco	Satisfação Conjugal		
Juízo	Mantida/ Não Mantida		
Crítérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida		
Dimensões	Dados de caracterização (Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)	Juízo	Crítérios diagnósticos
Relação Dinâmica do casal	1. Satisfação do casal com a divisão/ partilha das tarefas domésticas 2. Satisfação do casal com o tempo que passam juntos 3. Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	Disfuncional/ Não disfuncional	Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO
Comunicação do casal	1. O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um 2. O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião 3. Satisfação com o padrão de comunicação do casal	Eficaz/ Não eficaz	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não Itens 1 ; 2: Não Itens 1 ; 2; 3: Não
Interação Sexual	1. Satisfação do casal com o padrão de sexualidade 2. Conhecimento sobre sexualidade	Adequada/ Não Adequada	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não Itens 1 ; 2: Não
Função sexual	1. Disfunções sexuais 2. Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	Comprometida/ Não Comprometida	Relação Sexual Comprometida se: Item 1: Sim Item 1: Sim e Item 2: Não

Fonte: Figueiredo, 2012, p.143-144

2.1.2.2 Modelo de Satisfação Conjugal de Narciso

O Modelo de SC proposto por Narciso (2001) apresenta uma conceção sistémica da conjugalidade, e enuncia os principais fatores que influenciam a SC (Narciso, 2001). Segundo este modelo, a SC é influenciada por fatores centrípticos, factores centrífugos e o fator tempo ou percurso de vida. Os fatores centrípetos referem-se aos que geram e são gerados pela relação, e incluem processos operativos ou comportamentais, (a comunicação, o conflito, a resolução de conflitos e o controlo relacional), processos cognitivos (pressupostos e padrões, percepções, atribuições e expectativas) e processos afetivos (amor, intimidade e compromisso). Os fatores centrífugos dizem respeito aos contextos distais (a família de origem), o trabalho e a rede social, e, por outro lado, as características individuais (personalidade, padrões de vinculação, competências sócio-afetivas, e aspetos demográficos - sexo, idade, estatuto sócio-económico, etc.). O fator tempo ou percurso de vida remete para o tempo de duração da relação e para as etapas do ciclo vital (Narciso, 2001, p.246). A avaliação de todos estes fatores permite o acesso à satisfação conjugal global, no entanto, é fundamental não adotar uma visão dicotómica da problemática da SC, mas antes uma perspetiva dialética entre satisfação e insatisfação, uma vez que ambas coexistem, não sendo possível analisar a satisfação sem considerar a insatisfação (Narciso, 2001). Deste modo, compreende-se que a relação conjugal deve ser avaliada tendo em consideração a sua complexidade, instabilidade e intersubjetividade, assim como as interações que têm lugar entre os elementos do casal e a construção de significados de ambos (Féres-Carneiro & Neto, 2010).

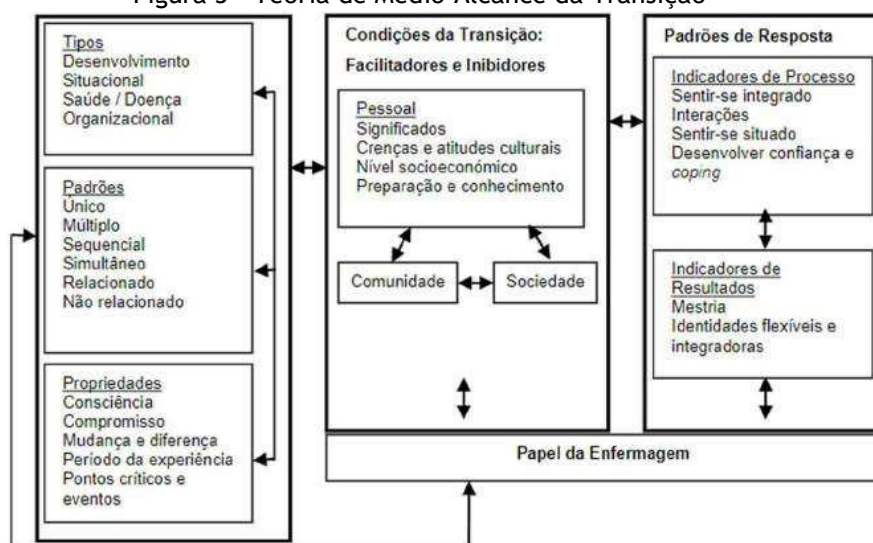
2.1.3 Subsistema Individual

A ESF tem como foco os cuidados de enfermagem à família como um todo e aos seus membros individualmente, implicando, assim, a família como unidade (Figueiredo, 2012). Alicerçando-se no pensamento sistémico, na ESF, a família é perspectivada como um sistema aberto e cada um dos elementos como um subsistema, que faz parte de vários sistemas, com funções e papéis dentro e fora do sistema familiar (Figueiredo, 2012). Importa atentar-se que o todo é mais do que a soma das partes, correspondendo ao princípio da não-aditividade (Relvas, 2003) e que o todo é, também, menos que a soma das partes, decorrendo daí uma relação hologramática do sistema, onde “as partes estão no todo e o todo está nas partes” (Vasconcellos, 2002, como citado em Figueiredo, 2012, p. 31). Sendo as partes interdependentes e o sistema comportando-se como um todo, facilmente se compreende que a variação de um dos seus elementos origina variações em todos os outros elementos e na estrutura interacional do sistema, sendo, este, o princípio da globalidade. Deste modo, a família deve ser entendida e vista como um sistema onde um evento que influa num dos seus membros, se vai repercutir nas relações com o todo familiar, pelo que em complementaridade com os modelos de avaliação e intervenção familiar, podem ser mobilizados referenciais teóricos que tenham o indivíduo/pessoa como alvo.

2.1.3.1 Teoria das Transições de Médio Alcance de Meleis

Ao longo da vida, “a pessoa experimenta fases de mudança, momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade, relacionados com alterações no ciclo vital do indivíduo, alterações situacionais/organizacionais e de saúde-doença” (Meleis, 2013, como citado em Santos et al, 2015, p. 156). O termo transição deriva do latim *transitióne*, e significa trajeto, o ato ou efeito de passar de um lugar, de um estado ou de um assunto para outro (Meleis et al, 2000;2010), sendo o conceito central da Teoria das Transições de Médio Alcance de Meleis (Fig. 3).

Figura 3 - Teoria de Médio Alcance da Transição



Fonte: Adaptado de Meleis, et al. (2000), p.17

Para se abordar esta teoria importa integrá-la, de modo a apropriarmos-nos do seu âmbito e da sua dimensão, importa atentar para a sua representação, ficando evidente o seu foco na vivência da transição por parte do indivíduo, através de uma visão completa e aprofundada, a teoria estabelece orientações para a prática profissional de enfermagem, através da implementação de terapêuticas de Enfermagem, que incluem estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica, considerando a transição que a pessoa vivencia (Meleis et al, 2000;2010). Segundo esta teoria, as transições manifestam-se em todos os indivíduos, sendo complexas e caracterizadas pelo fluxo e movimento ao longo do tempo, e responsáveis por alterações de papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, que envolvem um processo de mudança fundamental nos estilos de vida (Meleis et al, 2000; 2010). Segundo Meleis et al. (2000; 2010), existem três constructos basilares na transição: a sua natureza, as condições de transição e os padrões de resposta equatro tipos de transições particulares, mais especificamente: de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais.

De forma sucinta, podemos referir que as transições desenvolvimentais são as que ocorrem ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, como na adolescência; as situacionais estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o indivíduo está inserido, incluindo a soma (nascimento) ou perda de um membro da família (morte); quanto às transições de saúde-doença, relacionam-se com alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de estado de cronicidade para um novo de bem-estar que, no entanto, engloba a cronicidade de uma doença; e por último, as organizacionais, que ocorrem no contexto ambiental dos indivíduos e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico(ex.: implementação de novas políticas mudanças na comunidade, saída do emprego) (Schumacher & Meleis, 2010). Estes tipos de transições não são mutuamente exclusivos, ou seja, um indivíduo pode experienciar mais do que uma transição em simultâneo, pelo que as transições podem ser simples ou múltiplas, sendo que estas podem ainda ser sequenciais ou simultâneas (Meleis et al, 2000; 2010).

Apesar deste conjunto de diferentes tipos de transições, é possível observar aspetos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade destas experiências, os quais se denominam por propriedades das transições: consciência, ajustamento/ compromisso, mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos e período de experiência (Meleis et al., 2000; 2010). Os autores desta teoria de médio alcance definiram ainda condições facilitadoras e inibidoras na transição, que se dividem principalmente em três tipos: pessoais (significados, crenças e atitudes culturais, nível socioeconómico, preparação e conhecimento), comunitárias (recursos que possam facilitar- suporte de amigos, pares e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas - ou inibir - insuficiência de recursos, a falta de planeamento/inadequação de sessões de educação para a saúde, suporte inadequado,

conselhos não solicitados/negativos, informação insuficiente/contraditória - o decorrer das transições) e sociais (marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos) (Schumacher & Meleis, 2010). Por forma a valorizar e compreender a experiência vivida pelo indivíduo, torna-se ainda necessário atender à existência de alguns padrões de resposta, que se subdividem em dois tipos de indicadores -processuais e de resultado e que auxiliam a avaliação dos enfermeiros (Meleis et al., 2000; 2010).

Por fim, importa compreender que o conhecimento dos modelos propostos pelos autores referenciados, para avaliação e intervenção na família e no indivíduo, devem constituir uma referência para a compreensão de todo o processo de mudança/transição, por parte do profissional de saúde, uma vez que a plenitude deste entendimento só é possível através do ponto de vista da própria família/indivíduo.

2.2 Famílias Nucleares com membro portador de Diabetes Mellitus tipo 2 e os seus subsistemas

Segundo a International Diabetes Federation (IDF) no ano de 2022, a nível global, um em cada dez adultos tinha DM, cerca de 537 milhões, dos quais 61 milhões eram europeus, o que causou gastos, de pelo menos, 966 bilhões de dólares americanos, um aumento de 316% nos últimos 15 anos (IDF, 2022). Em Portugal, segundo a DGS, mais de 79 mil casos de DM foram registados no último ano, elevando para quase 880 mil o número de utentes inscritos em unidades dos cuidados de saúde primários (CSP) com a doença, tendo correspondido a um encargo de 418 milhões de euros, em 2021, com antidiabéticos não insulínicos e insulinas, mantendo-se uma evolução crescente em relação a anos anteriores (DGS, 2022).

De facto, a DM assume-se como uma das patologias que mais afeta a população a nível mundial, quer em termos individuais, familiares, sociais ou económicos. Do ponto de vista sistémico, para compreender a existência de uma doença crónica no seio do sistema familiar, é necessário incluir também o sistema da doença, percebendo o entrelaçamento de três fios evolutivos: a doença e os ciclos de vida, do indivíduo e da família (Rolland, 1995). Nos últimos anos, a estratégia dos profissionais de saúde no controlo da DM tem mudado, dando um maior enfoque ao indivíduo e à sua família na gestão dos cuidados (American Diabetes Association [ADA], 2020).

Através da metáfora de Walrond-Skinner (1978, como citado em Mito, 1998, p.22): “da mesma forma que não é possível entender um jogo de xadrez olhando somente para as peças, uma vez que o movimento de cada uma afeta a posição e o significado de todas as outras, a família não pode ser tomada apenas como soma de suas partes”, compreende-se que qualquer movimento das peças de xadrez em qualquer parte interfere com todas as outras e pressupõe uma reestruturação do todo (Mito, 1998). Assim acontece com as famílias com membros portadores de DM2, pelo que a divisão em subcapítulos seguinte pretende dar enfoque às implicações da doença na família e nos seus subsistemas.

2.2.1 Processos de Autogestão da Diabetes Mellitus tipo 2 e as implicações no subsistema individual

A DM é uma desordem metabólica de etiologia múltipla, com deficiência na secreção e/ou ação da insulina (ElSayed et al., 2023). Segundo a Norma nº 002/2011 da DGS os critérios para diagnóstico da DM são: glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl ou sintomas clássicos com glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl ou glicemia ≥ 200 mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral ou hemoglobina glicada A1c $\geq 6,5\%$ (DGS, 2011). A classificação da DM estabelece a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos: a DM1; a DM2, a DM gestacional e outros tipos específicos devido a outras causas, por exemplo, síndromes de DM monogénicas, doenças do pâncreas exócrino e DM induzida por drogas ou produtos químicos (ElSayed et al., 2023). A DM2 é causada por uma perda progressiva, não autoimune, de secreção de insulina das células β , pancreáticas, frequentemente num contexto de resistência à insulina e síndrome metabólica. Os principais fatores de risco associados à DM2 são a hereditariedade, a obesidade, os hábitos alimentares, o *stress*, e o sedentarismo; com exceção da hereditariedade, todos os outros fatores podem ser alvo de intervenção, através da adoção de estilos de vida saudáveis (ElSayed et al., 2023).

As complicações mais frequentes da DM são as seguintes: neuropatia periférica; nefropatia, que se traduz em doença renal crónica; retinopatia diabética assim como cardiopatia, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, arteriopatia periférica e insuficiência cardíaca congestiva (ElSayed et al., 2023). As complicações da DM e a má gestão da doença no indivíduo idoso, traduzem-se num frequente recurso ao serviço de urgência, num aumento dos dias de internamento, numa diminuição de anos de vida saudáveis e um aumento dos custos da doença (ElSayed et al., 2023).

Atualmente, a associação entre DM2 e Hipertensão Arterial (HTA) está bem documentada. Efetivamente, estas são doenças que fazem parte da Síndrome Metabólica, em conjunto com a obesidade e dislipidemia. A DM2 e a HTA são também consideradas fatores de risco major para a aterosclerose e suas complicações, com destaque para a doença isquémica cardíaca e o acidente Vascular Cerebral, fazendo parte da lista das dez das causas de morte mais frequentes no mundo (World Health Organization [WHO], 2018b). De facto, a DM2 e a HTA partilham semelhanças que refletem a existência de similitudes, quer na sua etiologia, quer no mecanismo da doença (Barhum, 2019). A Síndrome Metabólica tem elevada prevalência a nível global, representando um problema atual de saúde pública pela morbilidade e mortalidade associadas (Alves et al, 2022). Num estudo epidemiológico, identificou-se que a prevalência estimada da síndrome metabólica é 33,4% na população portuguesa, significativamente associada ao aumento da idade, a indivíduos viúvos/casados/unidos de facto e com menor escolaridade (Alves et al., 2022).

Sendo a DM2 uma doença crónica complexa, as principais organizações mundiais americana e europeia (ADA; European Association for the Study of Diabetes) chegaram ao consenso que

o seu tratamento requer uma componente tanto comportamental como farmacológica, sendo também multifatorial a sua prevenção e retardamento das complicações, com vista à manutenção da qualidade de vida (Davies et al., 2022).

O tratamento farmacológico da DM2 evoluiu significativamente ao longo da última década, com a inclusão de novas classes terapêuticas com mecanismos de ação inovadores, sendo que as opções disponíveis passam por terapêutica oral (antidiabéticos orais) e/ou injetável (insulina e análogos), que podem ser prescritas de forma singular ou em conjunto, conforme a necessidade de controlo metabólico (Bertoluci et al., 2023). No que concerne à componente comportamental, inclui: adotar uma alimentação saudável; ser fisicamente ativo; assegurar o controlo dos níveis de glicemia, do peso, dos fatores de risco cardiovascular, das comorbidades e das complicações; e desenvolver boas habilidades de resolução de problemas/*coping*; o que exige que os cuidados de enfermagem sejam estruturados, através de uma abordagem centrada na pessoa e na promoção de atividades de autocuidado que promovam a GRT (Rodriguez-Gutierrez et al., 2016).

No que se refere às metas de controlo glicémico devem ser individualizadas de acordo com a situação clínica (Pititto et al., 2023). Os parâmetros de avaliação indicados são a hemoglobina glicada (HbA1c) e as glicemias capilares (ou plasmáticas) determinadas em jejum, nos períodos pré-prandiais, 2h após as refeições e ao deitar. Mais recentemente, com o aparecimento da monitorização contínua de glicose, foram incorporados novos parâmetros, como o tempo no alvo (*time in range*), o tempo em hipoglicemia, o coeficiente de variação e a glicemia média estimada (Pititto et al., 2023). No que toca à população idosa com função cognitiva, status funcional preservados e/ou comorbidades não limitantes, é recomendado que tenham alvos de HbA1c entre 7,0 e 7,5%; já em pessoas idosas com comprometimento, síndrome de fragilidade, presença de comorbidades que limitem a expectativa de vida e/ou alteração da função, o objetivo será evitar a hipoglicemia, e a meta de HbA1c < 8,0% deverá ser considerada (Pititto et al., 2023). Apesar dos grandes avanços terapêuticos e tecnológicos nos últimos anos no tratamento e controlo da DM, continua a existir um número significativo de pessoas portadoras de DM com mau controlo metabólico e complicações a nível dos órgãos-alvo (Kazemian et al., 2019).

É possível identificar que prevenção de complicações por via da educação é uma preocupação das organizações competentes, tanto internacionais como nacionais. De facto, entre 2021-23 a versão portuguesa da campanha da IDF, protagonizada pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), relativa ao Dia Mundial da DM, centra-se na necessidade de melhor acesso à educação de qualidade sobre DM, para profissionais de saúde e pessoas que vivem com a doença. O slogan da campanha remete para o controlo da DM: "Se não for agora, quando será?" (SPD, 2022). Também o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, a DM figura num papel de destaque, estando patente em vários objetivos de saúde fixados (DGS, 2022), em consonância com o plano anterior, extensão 2020, no qual se propunha "o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença"

(DGS,2015, p.14). De facto, no contexto da doença crónica, seja ela qual for, o foco central da atenção do enfermeiro na consulta deve ser a GRT (Melo, 2021). Para Melo (2021), a adesão ao regime terapêutico é considerada como uma dimensão de diagnóstico de GRT, que é um conceito mais abrangente, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento, incorporando, por isso, o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade (Bastos, 2013, p. 66). No sistema de informação em vigor na instituição de estágio, SClínico® versão 5.6, é utilizada a Classificação Internacional de para a Prática de Enfermagem (CIPE®) na sua versão beta, e o conceito de GRT é tido como um comportamento que se concretiza em “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (ICN, 2011, p. 62).

Consultando a literatura disponível, é possível, no entanto, verificar que existem outros conceitos similares à GRT, mas que incluem outras dimensões, como é o caso de *self management* (autogestão) associado ao autocuidado, introduzido por Lorig e Holman (2003). Estes autores fazem uma analogia com um dos axiomas da Teoria da Comunicação “é impossível não comunicar”, onde afirmam que o mesmo é verdade para os comportamentos relacionados com a gestão de doenças: não se pode não gerir; melhor ou pior, existirá sempre algum tipo de gestão da doença (Lorig & Holman, 2003). No seu trabalho em conjunto, Lorig e Holman descrevem como a aprendizagem e o treino de competências necessárias podem garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória à pessoa portadora de doença crónica. Estes autores definem três tarefas de autogestão: gestão clínica, gestão de papéis e gestão emocional e ainda seis habilidades de autogestão: resolução de problemas, tomada de decisão, mobilização de recursos, estabelecimento de parcerias de cuidados com o profissional de saúde, capacitação da ação e auto-adaptação (*self-tailoring*), que se traduz na capacidade de usar as outras habilidades de autogestão mencionadas conforme necessário na autogestão da doença (Lorig & Holman, 2003, p.3).

É importante realçar que existe ainda um outro conceito associado à autogestão da doença, a literacia em saúde. A WHO definiu Literacia em Saúde (LS) como “conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e usarem informação de forma a que promovam e mantenham boa saúde” (WHO,2021, p.12). A LS é um construto multidimensional e dinâmico, e está ancorado a uma tríade: 1) conhecimentos (saber), 2) capacidades (fazer) e atributos e atitudes (ser), que necessita de uma abordagem holística, integrada e transversal, que considere as múltiplas interinfluências do contexto (Almeida et al., 2023, p. 9). A relação entre a literacia em saúde e a GRT tem sido motivo de intenso estudo e debate, colocando a literacia como um ponto central, personalizado e melhorável no horizonte temporal. Com efeito, existem estudos que confirmam que pessoas portadoras de DM, com uma maior LS,

apresentam um melhor controle glicêmico (Pavão et al., 2021), melhor pressão arterial e perfil lipídico, assim como uma maior percepção de autoeficácia, bem como habilidades de comunicação em saúde aprimoradas, que levam a comportamentos eficazes na autogestão da doença (Xu et al., 2014). Efetivamente, esta tríade de conhecimento, capacidade e atitudes que é desenvolvida ao longo das etapas do ciclo de vida, permite à pessoa portadora de DM melhor aceder, usar, compreender, avaliar e interpretar as informações em saúde, sendo capaz de tomar decisões mais responsáveis e ajustadas que permite adaptar continuamente a GRT aos diferentes desafios que vão surgindo (Almeida et al., 2023).

Pelo exposto, compreendem-se que a avaliação do foco “Gestão do Regime Terapêutico”, na pessoa com DM2 depende de vários fatores, pelo que as componentes do resumo mínimo de dados que orientam a descrição do processo de decisão clínica neste âmbito, é reflexo dessa multidimensionalidade (Melo, 2021) (Quadro 2)

Quadro 2 - Resumo mínimo de dados da decisão clínica no âmbito do foco GRT

Foco: Gestão do Regime Terapêutico			
Critérios de diagnóstico- Gestão do Regime Terapêutico Comprometida se: Conhecimento não Demonstrado ou Adesão não Demonstrada			
Dimensões de diagnóstico	Atividade de diagnóstico	Critérios de diagnóstico	Subdiagnósticos possíveis
Conhecimento	Avaliar conhecimento sobre: -Regime Dietético -Regime de Exercício Físico -Regime Medicamentoso	Conhecimento Não Demonstrado se: a pessoa não souber o essencial para garantir uma gestão segura de cada um dos domínios da gestão do regime terapêutico de acordo com a evidência e a doença	Conhecimento Demonstrado Conhecimento Não Demonstrado
	Intervenções: -Ensinar/ Informar sobre o regime terapêutico (dietético, de exercício físico ou medicamentoso) -Providenciar material de leitura		
Dimensões de diagnóstico	Atividade de diagnóstico	Critérios de diagnóstico	Subdiagnósticos possíveis
Adesão ao Regime Terapêutico	Avaliar a Adesão ao Regime Terapêutico: -Comportamentos relacionados com a alimentação, exercício físico e a toma de medicação -Filtros associados às diferentes dimensões da gestão do regime terapêutico (crenas, valores, expectativas, etc.)	Adesão ao Regime Terapêutico não Demonstrada se a pessoa demonstrar ter conhecimento e não demonstrar comportamentos de adesão a uma ou mais dimensões do regime terapêutico	Adesão ao Regime Terapêutico Demonstrada Adesão ao Regime Terapêutico não Demonstrada
	Intervenções: -Promover a Adesão ao Regime Terapêutico -Advogar a Adesão ao Regime Terapêutico		

Fonte: Adaptado de Melo, 2021, p. 121

Neste processo de decisão clínica o enfermeiro deve fazer uso de instrumentos na sua prática clínica que permitam identificar, de forma objetiva, alterações na condição de saúde da pessoa, adequar a intervenção e avaliar a evolução do seu estado clínico. Um exemplo desses instrumentos é a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAD), na versão traduzida e adaptada para português por Bastos e Lopes em 2004. Esta escala permite explicar o fenómeno multidimensional da autogestão do regime terapêutico na DM,

avaliando os seus principais componentes, através de seis dimensões: alimentação, exercício físico, medicação, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos, sendo fácil de aplicar (Bastos et al., 2007) (Anexo III). A avaliação é parametrizada em dias por semana, numa escala de zero a sete, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e sete a mais favorável, lendo-se: "em X os últimos sete dias..." a pessoa teve determinado comportamento (Bastos et al., 2007). Segundo os autores, a sua aplicação permite identificar áreas de necessidades em cuidados de saúde e o planeamento de intervenções para a sua resolução, assim como avaliar o resultado dessas intervenções, medindo a mudança no comportamento que se pretende modificar (Bastos et al., 2007).

No que concerne à gestão do regime dietético da pessoa com DM2, denominada pela ADA de: "terapêutica médica nutricional", sendo defendida por essa organização que não existe um padrão alimentar que se ajuste a todos os indivíduos com DM2 e que o planeamento das refeições deve ser individualizado (ElSayed et al., 2023, p.233). Em termos de objetivos no regime alimentar para adultos com DM2 estão descritos, segundo ADA (2023), os seguintes: 1) Adotar hábitos saudáveis, com uma variedade de alimentos ricos em nutrientes em porções adequadas, para melhorar saúde geral e atingir/manter o peso corporal; obter valores de glicemia, pressão arterial e perfil lipídico ideais, de forma a retardar e/ou prevenir as complicações; 2) Atender às necessidades nutricionais individuais, com base em preferências pessoais e culturais 3) Manter o prazer de comer, apesar das restrições e 4) Ter ao alcance ferramentas práticas para o desenvolvimento de padrões alimentares saudáveis. Para o alcance destes objetivos, os planos alimentares devem ser resultado de uma avaliação individualizada dos padrões alimentares, preferências, e metas metabólicas de cada indivíduo, existindo o máximo de personalização da dieta (ElSayed et al., 2023)

Quanto ao regime de exercício, as diretrizes recomendam a atividade física como estratégia terapêutica não farmacológica, fundamental para o tratamento e controlo da DM2 e do risco cardiovascular relacionado, estando descrita a melhora do controlo glicémico e da sensibilidade à insulina, composição corporal, pressão arterial e perfil lipídico, além de atenuar outros fatores de risco cardiovascular (Mendes et al., 2016). De acordo com o novo Plano de Ação Global da WHO sobre Atividade Física 2018-2030, uma ação nacional eficaz para reverter as tendências atuais e reduzir as disparidades na atividade física requer uma abordagem "baseada em sistemas", que leve em consideração tanto ações políticas como fatores culturais, económicos e ambientais, como individuais (WHO, 2018, p.8). A maioria dos indivíduos com DM2 não pratica exercício regularmente, de acordo com Mendes et al. (2013), em Portugal, cerca de 60% destes indivíduos não pratica qualquer tipo de exercício. Esta baixa prevalência pode ser explicada pela insuficiente consciencialização sobre os benefícios do exercício, pela falta de conhecimento sobre as recomendações atuais (O'Hagan et al., 2013), assim como pelas barreiras comportamentais, que constituem uma lacuna entre o conhecimento e a ação (Mendes et al., 2016)

Segundo as recomendações internacionais da American Heart Association (2009), assim como a American College of Sports Medicine e American Diabetes Association (2010), relativas à atividade física para controle da DM2, os programas devem emergir da combinação de exercícios aeróbicos e resistidos (Mendes et al., 2016). Está recomendada: a soma de um mínimo de 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada a vigorosa (caminhada e/ou corrida), distribuídos por um mínimo de três dias por semana; exercícios de resistência para os principais grupos musculares, pelo menos dias por semana não consecutivos e exercícios de flexibilidade, como complemento (Mendes et al., 2016). De facto, uma meta-análise realizada com indivíduos portadores de DM2, revelou que exercícios aeróbicos e resistidos, combinados, reduziram significativamente a HbA1c e a pressão arterial sistólica (Chudyk & Petrella, 2011).

Apesar de todos os benefícios já referidos é importante considerar que algumas pessoas idosas podem ter algumas dificuldades na realização de alguns exercícios e para além dos riscos gerais inerentes a qualquer atividade física, os idosos portadores de DM2 podem apresentar algumas complicações que podem aumentar o risco da prática de exercício físico, assim como o exercício também pode ser responsável pelo agravamento de algumas das complicações associadas à DM (ADA, 2023). Deste modo, a idade do indivíduo e o nível de atividade física anterior, também deverão ser considerados no planeamento do exercício físico, assim como a presença de complicações, que pode levar a adaptações, sendo necessária uma abordagem que considere o indivíduo como um todo, com todas as particularidades associadas (Mendes et al., 2016). A prática de exercício não dispensa a atividade física espontânea integrada num estilo de vida ativo, no desempenho diário de tarefas domésticas, passatempos ativos como jardinagem, passeio com o cão, uso de escadas em vez do elevador, deslocações a pé, que se mostram tão importantes como a prática de exercício programado, principalmente nos idosos (Mendes et al., 2016). Importa reter que o plano de exercícios deve incluir informações específicas sobre o tipo, modalidade, duração, intensidade e frequência semanal, sendo adaptada para cada indivíduo, tendo em conta as suas comorbilidades, contraindicações e objetivos pessoais, tendo sempre em conta se excedem as exigências da vida diária do indivíduo (Mendes et al., 2016).

Quanto ao regime medicamentoso, a sua adesão operacionaliza-se através do cumprimento e seguimento do que é recomendado, traduzido na ação e comportamento da pessoa relativamente à toma dos medicamentos prescritos e ainda às indicações terapêuticas fornecidas pelos profissionais de saúde (WHO, 2003). Como vimos anteriormente, é comum os idosos portadores de DM2 terem um regime medicamentoso que integre a prescrição crónica de 5 ou mais medicamentos, resultantes de outras patologias associadas, sendo considerados, portanto, polimedicados (Morin et al., 2018). Paralelamente, está descrito que o número de medicamentos prescritos se correlaciona inversamente com a adesão à terapêutica (Martin et al., 2018; Placido et al., 2020; Von Buedingen et al., 2018).

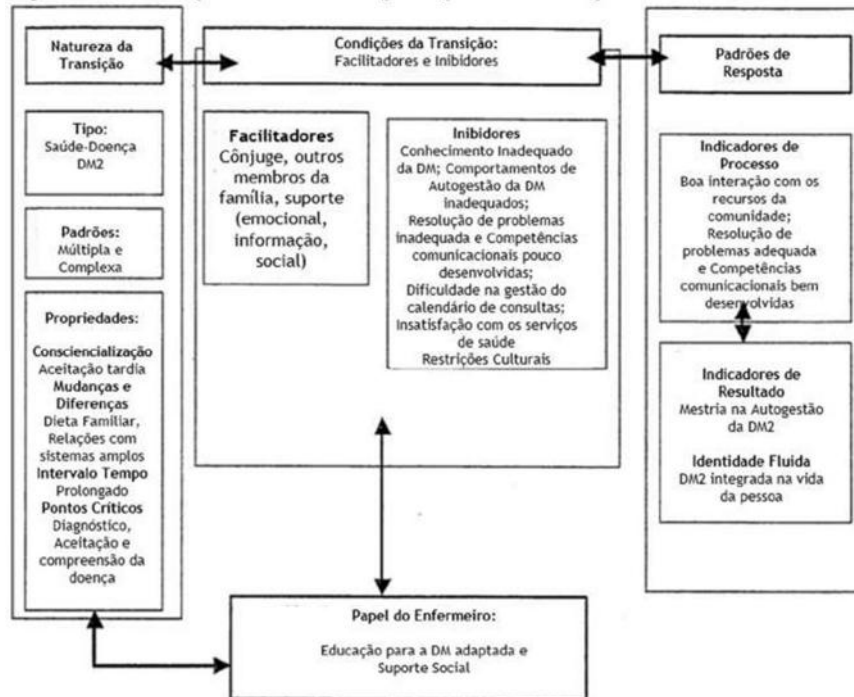
No tratamento farmacológico da DM2, a metformina é o fármaco de eleição, em especial nas pessoas com obesidade ou com sobrecarga ponderal, sendo a prescrição da dose gradual e progressiva, de modo a minimizar os efeitos adversos, principalmente gastrointestinais. O regime medicamentoso da pessoa portadora de DM2, pode, no entanto, ser complexo, envolvendo diferentes fármacos com múltiplas dosagens, bem como aplicações diárias de insulina, sendo que as taxas de adesão, em geral, variam de 31 a 98% e há evidências de que quanto mais complexo o regime terapêutico menor a adesão (Villas-Boas, et al., 2014). Num estudo com 320 pessoas idosas polimedicadas, identificou-se que 45,0% apresentavam uma menor adesão ao regime medicamentoso, devido a: esquecimento (33,1%), preocupação com efeitos secundários (19,4%) e dificuldades na gestão da medicação (8,4%) (Mó et al., 2020).

A equipa de saúde, nomeadamente o enfermeiro de família, deverá delinear estratégias personalizadas que promovam a adesão ao regime medicamentoso, a nível: educacional, comportamental e motivacional (Martins et al., 2017). Um dos instrumentos para avaliar a adesão ao regime medicamentoso é a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), com sete itens, validada na população portuguesa (Delgado & Lima, 2001) e utilizada no SClínico® (Anexo IV).

Infelizmente, o início do acompanhamento das famílias atualmente ainda acontece por via de um dos seus membros se encontrar doente (Ângelo & Bousso, 2001), que funciona como porta de acesso para a família, pelo que não podemos descurar a abordagem ao indivíduo, como subsistema integrante do subsistema familiar. Quanto às implicações da DM2 no sistema individual, podem ser observadas à luz da Teoria das Transições. Ao analisar-se a experiência vivida durante a evolução da DM2 pela pessoa idosa, que vive simultaneamente o processo de transição saúde/doença e de desenvolvimento, onde o indivíduo procura de um estado de equilíbrio de forma atingir a estabilidade semelhante ao que tinha antes (Meleis, 2010), conforme ilustra a Figura 4.

Ao analisar-se a figura, compreende-se que o sucesso desta transição saúde-doença está intimamente ligado aos processos de autogestão da DM2, sendo a mestria atingida quando a pessoa portadora da doença consegue integrar na sua vida de forma fluída os papéis e habilidades de autogestão descritos por Lorig e Holman (2003). De facto, destacam-se como indicadores de processo a assunção desses papéis e desenvolvimento dessas habilidades e em contrapartida os inibidores da transição residem no seu oposto: conhecimento inadequado da DM, os comportamentos de autogestão inadequados, a resolução de problemas inadequada, possuir competências comunicacionais pouco desenvolvidas, ter dificuldade na gestão do calendário de consultas, assim como restrições culturais limitantes e insatisfação com os serviços de saúde (McEwen et al., 2007).

Figura 4- Transição saúde-doença experienciada por indivíduos com DM.



Fonte: Adaptado de McEwen et al., 2007, p.204

Como podemos observar, estamos perante transições múltiplas e complexas. No que toca pontos críticos McEwen et al. (2007) identificaram o momento do diagnóstico e a aceitação e compreensão da doença. A situação de doença é, sem dúvida, um desafio à capacidade de adaptação da pessoa (Lobão et al, 2009). O impacto da DM2 no indivíduo começa desde logo com a aceitação do seu estado de saúde. Segundo Melo (2021, p125-6), as dimensões de diagnóstico deste foco são as seguintes: consciencialização (cognição/reconhecimento sobre as implicações na sua vida); crenças (sobre o processo de saúde/doença); capacidade (envolvimento para participar no processo de gestão da doença) e volição (escolha consciente de promover o seu bem-estar nos diferentes domínios da gestão da doença). Por outro lado, no processo de adaptação à DM2 são fundamentais a aquisição de habilidades de autocuidado e a utilização de estratégias de *coping* eficazes para gerir os *stressores* relacionados a doença e o tratamento (Bertolin et al., 2015).

Quanto aos facilitadores e inibidores da transição, importa atentar para os fatores que influenciam positiva ou negativamente a gestão da doença. Na revisão sistemática de Nguyen et al. (2002), os autores estudaram os contornos da autogestão da doença crónica em pessoas idosas e identificaram como inibidores: o declínio físico e cognitivo, fraca literacia em saúde, a cultura e o inadequado relacionamento com os profissionais de saúde, como facilitadores, os recursos que apoiavam o indivíduo na autogestão da DM: família, redes sociais, profissionais de saúde e crenças religiosas.

Uma das maiores dificuldades com que as pessoas com DM se confrontam é a falta de motivação para aderirem ao complexo conjunto de autocuidados que lhe é apresentado e negociado, sendo usual sentirem que a doença é extremamente intrusiva na sua vida (Silva,

2010). É frequente que estas pessoas sintam raiva, frustração ou outros sentimentos negativos em relação ao tratamento, assim como falta de motivação ou capacidade para se autocuidarem, chegando até a evitar todas as tarefas relacionadas com a DM2 que possam dar algum feedback sobre as consequências da pobre adesão ao regime terapêutico (Kontoangelos et al., 2022; Silva, 2010). Este fenómeno é designado como *burnout* dos doentes com DM, isto é, a experiência de se sentir consumido e esgotado física e psicologicamente, em relação à doença (Beverly et al., 2017; Craven et al., 2019; Kontoangelos, et al., 2022).

No que concerne aos indicadores de processo, McEwen et al. (2007) identificaram: aumento do contacto social, aprimorar a interação com os recursos comunitários, melhorar as estratégias para resolução de problemas/*coping*, assim como competências no âmbito da comunicação. Já os indicadores de resultado prendem-se com a mestria na gestão da DM e a integração da doença na identidade fluída (McEwen et al., 2007). A SPD, em 2018, destacou três tipos de competências que o indivíduo com DM deve desenvolver: de adaptação (que incluem domínios do autoconhecimento, autoeficácia, literacia em saúde, gestão de emoções e *stress*, auto-monitorização e utilização de recursos); de autocuidados (abrangem o conhecimento sobre a doença, a GRT, realização de procedimentos técnicos e autocuidados, forma a prevenir ou retardar o aparecimento de complicações), e de autoavaliação (relacionadas com a gestão diária da doença e a sua adaptação no projeto de vida assim como a perceção de sentimentos e vivências em relação ao bem-estar) (SPD, 2018, p.20). As características de proficiência na autogestão na doença crónica estão descritas na literatura como sendo as seguintes: participação ativa na tomada de decisão sobre a saúde; seguimento de um plano de tratamento mutuamente acordado com profissionais de saúde; gestão eficaz do impacto da doença no bem-estar psicossocial e emocional; adoção de escolhas de estilo de vida que promovam a saúde e acesso a serviços de suporte de forma confiante (Keogh et al., 2022). No caso do indivíduo com DM2, a mestria no que diz respeito aos autocuidados inerentes à gestão das DM2, faz-se por via da gestão dos regimes medicamentoso, alimentar e de exercício, e reflete-se no controlo metabólico e perceção de boa qualidade de vida pelo indivíduo.

Deste modo, cabe ao enfermeiro assumir o papel de educador para a autogestão da doença do indivíduo, preparando-o para resolver a quase totalidade dos problemas com que se depara, fora dos serviços de saúde, o que implica um conjunto de cuidados relacionados com aspetos clínicos, educacionais, psicossociais e comportamentais, que fornecem a base para ajudar no seu autocuidado diário, possibilitando melhores resultados em saúde (Beck et al., 2017). A abordagem deve ser global e concertada, onde políticas, serviços de saúde, comunidade, profissionais e pessoas/famílias, se coordenam, procurando obter melhores resultados em saúde (Sousa et al., 2021).

2.2.2 Processos de Autogestão da Diabetes Mellitus tipo 2 e as implicações no subsistema conjugal

Indubitavelmente, como descrito anteriormente, os membros da família desempenham um papel fundamental no controle da DM2, mas é em especial, o cônjuge, que surge como o principal apoio do seu companheiro, portador de DM2, dando-lhe apoio prático e emocional (Mártire & Helgenson, 2017), contribuindo para uma maior qualidade no relacionamento do casal, que por sua vez está relacionada com um melhor controle glicêmico (menor HbA1c) e melhor controle da DM (Trief et al., 2004). O apoio do cônjuge pode ser particularmente relevante na gestão de doenças, principalmente em casais com membros idosos, em que existe um menor apoio do sistema filial (Tu et al., 2021).

Não só os casais com débeis competências de comunicação e com incapacidade para resolver conflitos têm maior dificuldade em lidar eficazmente com os aspetos relacionados com a DM; como também a própria presença da DM pode contribuir para exacerbar conflitos já existentes no casamento (Silva, 2010). A comunicação interpessoal tem sido estudada na compreensão da mudança de comportamentos de saúde dos indivíduos, nomeadamente na relação de casal, uma vez que os padrões de comunicação adotados pelo casal influenciam os seus comportamentos de saúde (Lewis et al., 2002). Quando a comunicação no sistema conjugal se faz de uma forma positiva, direta e bidirecional, prediz mais sucesso na mudança de comportamentos de saúde dos membros do casal (Lewis et al., 2002). Pelo contrário, uma comunicação no casal disfuncional, aumenta o risco dos seus membros de desenvolverem problemas de saúde (Kelly et al., 2002).

Como a gestão das doenças geralmente requer comportamentos diários repetidos, alguns estudos debruçam-se sobre a ligação entre as interações conjugais e a gestão da doença a nível diário. É o caso do aumento da adesão ao regime dietético dos indivíduos portadores de DM2 nos dias em que o cônjuge forneceu mais apoio nas escolhas da dieta, e menor adesão nos dias em que o cônjuge exerceu mais pressão nas escolhas alimentares (Stephens et al., 2013). Atividades como preparar e lembrar de tomar a medicação, confeccionar refeições, marcar consultas médicas, foram relatadas pelos cônjuges de homens portadores de DM2 (Martire & Helgenson, 2017). A vertente oposta, o apoio à autonomia, pode também ser outra fonte de influência do cônjuge na gestão da doença. Para indivíduos que participam de uma intervenção de perda de peso diádica, o maior apoio à autonomia do parceiro de intervenção previu uma melhor perda de peso do que formas de apoio mais diretivas (Powers et al., 2022). Importa referir a sua aceitação das decisões do membro do casal doente por parte do cônjuge, pode, em última análise, encorajar mudanças positivas (Martire & Helgenson, 2017). Dependendo de quem é portador de DM, na relação, a gestão do regime dietético pode ainda ser percebida como forma de controle (sentido maioritariamente pelos membros do casal do sexo masculino) ou falta de apoio (maioritariamente percebida pelos membros do casal do sexo feminino) (Beverly et al., 2008).

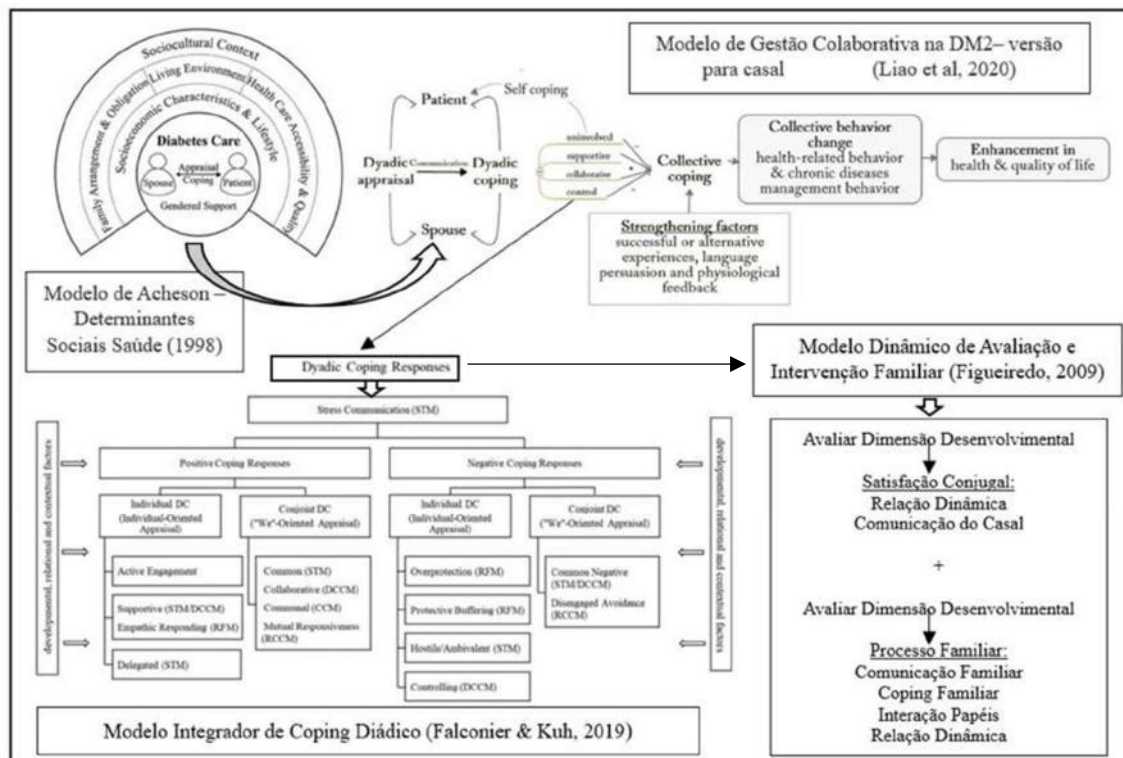
Ao atentar para o sistema conjugal, comportamentos por modelagem podem ser observados, sendo que os cônjuges podem servir como bons ou maus exemplos de modelo a seguir no âmbito do tabagismo, uso de álcool, hábitos dietéticos e de atividade física, adotando estilos de vida que não são considerados saudáveis (Franks et al., 2002; Li et al., 2013). As propriedades da totalidade e da retroalimentação do subsistema conjugal ficam evidentes quando atentamos para estudos que demonstram que a melhora no comportamento de um dos membros do casal (parar de fumar, atividade física, perda de peso) prevê a melhora no mesmo comportamento no cônjuge (Franks et al., 2012; Jackson et al., 2015). Consequentemente, alguns estudos debruçam-se sobre intervenções que são consideradas como uma abordagem assistida pelo parceiro, onde os cônjuges são treinados em como ajudar os seus parceiros a fazer mudanças comportamentais, necessárias à melhor gestão da doença, muitas vezes envolvendo-se eles mesmos nas atividades sugeridas (Baucom et al., 2012).

Estudos que avaliaram o efeito da DM2 na família expõe que a angústia nos membros da família é notável (Rintala et al., 2013). Similarmente um estudo, que aplicou questionários a 2.057 membros de famílias com DM2 identificou esse mesmo sentimento angustiante, especialmente relativa à hipoglicemia (Kovacs Burns et al., 2013), sendo que este sofrimento emocional do cônjuge pode ser maior do que o do portador da doença (Fisher et al., 2002). Exemplo disso é um estudo com casais em que um dos indivíduos era portador de DM2 e o suporte do cônjuge percebido pelo membro portador de DM2, em relação à dieta, foi fortemente associado à diminuição da angústia relacionada com a gestão da doença (Stephens et al., 2013). O aparecimento e gestão da DM2 no seio de um casal é, sem dúvida, uma situação desafiante e geradora de *stress*. Efetivamente, quando um elemento na família se encontra sob *stress*, os restantes elementos também sentirão esse *stress*, uma vez que uma das funções da família é fornecer suporte aos seus elementos quando estes estão sujeitos a pressões externas (Alarcão, 2006).

Em 2019, foi proposto um Modelo Integrador de *Coping* Diádico, que se consubstanciou numa revisão concetual e a integração dos vários modelos existentes, com agregação das várias estruturas teóricas, por forma a apresentar uma imagem mais abrangente do processo de *coping* diádico (Falconier & Kuhn, 2019). Este modelo incide sobre a comunicação, no âmbito da gestão do *stress* e nas respostas individuais e conjuntas, positivas e negativas (Falconier & Kuhn, 2019). Em 2020, surgiu o Modelo de Gestão Colaborativa de Doenças Crónicas no Casal, desenvolvido por Liao et al, que se sustenta no Modelo Diádico de Enfrentamento da Doença Crónica (Berg & Upchurch, 2007) e na Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986) (Liao et al., 2020). Este modelo visa facilitar o apoio mútuo entre casais com membros idosos na gestão de doenças e tem sido associado a uma melhor adesão ao regime terapêutico do membro do casal com doença, melhor qualidade de vida, na manutenção de mudanças comportamentais a longo prazo, e à prevenção de complicações e surgimento de doenças nos seus cônjuges. (Liao et al., 2020). Estes autores apresentam ainda uma versão reduzida, especificamente

para casais de idosos que lidam com a DM2 (Liao et al., 2020). Já em 2021, Tu et al., utilizaram o Modelo de Acheson (1998) sobre determinantes sociais da saúde para enquadrarem a avaliação diádica do casal idoso com um membro com DM2, tendo em consideração o contexto socioambiental e as possíveis barreiras à gestão da doença (Tu et al., 2021). Todos estes modelos têm em consideração o *coping* diádico, que representa um processo transacional dinâmico no qual o *coping* de um dos elementos do casal depende do outro (Weitkamp et al, 2021). Em seguida se representa, de forma esquemática (Fig. 5) a agregação dos modelos, que orientou durante o estágio a avaliação e intervenção das famílias com um membro idoso e portador de DM2, relativamente ao *coping* diádico.

Figura 5- Relação entre modelos que abordam o *coping* diádico



De facto, para uma avaliação válida faz sentido tentar perceber até que ponto os casais percecionam a doença e a sua gestão como uma responsabilidade compartilhada entre ambos os membros do casal, uma vez que os efeitos do apoio, colaboração e controle, podem ser mais fortes quando os parceiros vêem a doença do cônjuge como um problema compartilhado, e não apenas do indivíduo (Berg & Upchurch, 2007). Alguns casais com membros idosos, em casamentos longos, têm já uma visão da doença compartilhada, usam termos na sua linguagem que remetem para o plural, como “nós” e “nosso” em detrimento de outros direcionados à individualidade, como o “eu”, “mim” e “tu” (Fitzsimmons & Kay, 2004). Efetivamente, quando os membros do casal compartilham as mesmas doenças, acabam por fazer dela uma mesma avaliação e realizar uma gestão colaborativa das mesmas, o que pode levar a comportamentos saudáveis na maioria das diádes (Martire & Helgenson, 2017). Deste modo, compreende-se que a literatura indique que intervir em ambos os membros do casal e fortalecer os seus recursos internos, garante um melhor funcionamento

da relação diádica, o que permite um maior bem-estar e melhor gestão da doença crónica (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001), uma vez que ambos os elementos do casal, ao se sentirem considerados, cuidados e importantes neste processo, facilitam-no (Leuchtmann & Bodenmann, 2017), o que vai se refletir no funcionamento e saúde do subsistema conjugal.

2.2.3 Processos de Autogestão e as Implicações no Sistema Familiar

Na perspetiva sistémica a família é concebida como um ser vivo, um sistema autónomo, auto-organizado (Sidelski, 2000, como citado em Machado, 2012), que está em constante transformação e que se adapta às exigências das diferentes fases do seu ciclo vital, assim como às mudanças situacionais e sociais, com o propósito de manter a continuidade e o crescimento psicossocial dos seus membros, que por sua vez se desenvolvem através de um equilíbrio dinâmico entre a capacidade de transformação e a tendência homeostática (Andolfi, 1995, como citado em Machado, 2012). De facto, o sistema familiar tende para a estabilidade homeostática, que resulta da tensão entre duas orientações opostas: morfogénese (tendência para a mudança) e morfoestase (tendência para a manutenção) (Becvar & Becvar, 2017). Os momentos de mudança podem relacionar-se com as exigências internas ou externas, com as etapas do ciclo vital, ou com fontes de *stress* acidentais (Minuchin, 1974 como citado por Relvas, 2000), como o aparecimento de uma doença crónica. Seja qual for o tipo de mudança não deve ser visto apenas como uma ameaça, mas como “criadora de uma vida superior” (Bertalanffy, 1977, p. 255), pois através dos esforços mobilizados no sentido da adaptação familiar existe “co-construção de um novo nível de funcionamento” (Vasconcellos 2005, como citado em Figueiredo, 2009, p. 96), com maior diferenciação e complexidade (Ausloos, 2007, como citado em Figueiredo, 2009).

O pensamento sistémico, organizado em torno de conceitos definidores, como: a globalidade; a não-somatividade; a homeostase; a morfogénese; a circularidade; a retroalimentação e a equifinalidade, reconhece o potencial do sistema familiar como promotor da saúde, incorporando compreensão sobre a “complexidade, intersubjetividade e instabilidade como elementos das relações causais recursivas e realidade multiversa das famílias” (Figueiredo, 2012, p. 29). A circularidade incita a compreender a família sob a perspetiva da contextualidade, da complexidade e da instabilidade do sistema familiar e transcender o foco da linearidade, pelo que o processo de doença deve ser observado sob a lente da causalidade circular (Wright & Leahey, 2012).

A doença exige reajustamento do sistema familiar, através de um mecanismo de feedback negativo (Sluzki, 1997). Indiscutivelmente a doença crónica afeta a vida familiar (Ribeiro, 2007). As famílias que convivem com uma situação crónica de doença continuam com as mesmas funções desempenhadas por outras famílias, sendo a estas adicionadas mais uma incumbência, o cuidar na doença (Marcon et al., 2005). No entanto, importa realçar que famílias com membros com a mesma doença podem ter experiências diferentes, pelo que Wright et al. (1996) sugerem a expressão “experienciar a doença” em vez de “ter uma

doença”. Para compreender a forma como a família experiencia a situação de doença diagnosticada a um dos seus membros, importa atentar para o “ciclo de vida da doença”, com diferentes fases temporais: a fase de crise - qualquer período sintomático antes do diagnóstico concreto; a fase crónica -entre o diagnóstico inicial e o ajustamento e a fase terminal (Rolland, 1995, p 378.). A fase crónica é a que mais se estende em termos de duração, sendo também chamada “longa provação” ou “fase de conviver com a doença crónica”, em que idealmente os membros da família desenvolveram um modo de viver a doença crónica no seu seio (Rolland,1995, p.378). Uma das tarefa-chave nesta fase é descrita como a capacidade da família em viver uma vida “normal” perante a “anormalidade” da existência de doença crónica. (Rolland,1995).

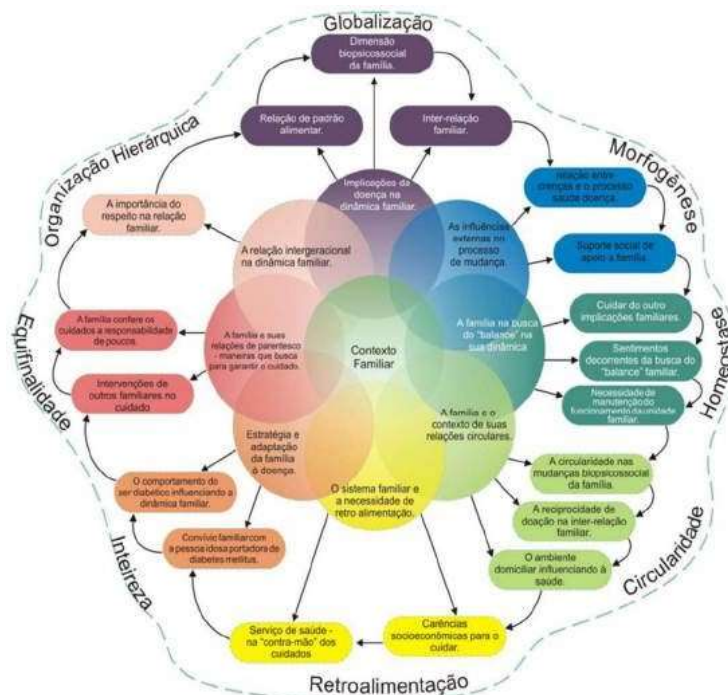
O desequilíbrio que a doença crónica tráz ao sistema familiar reflete-se no cotidiano da família, e não apenas no indivíduo portador (Barragán et al., 2016; Nóbrega et al., 2012). A doença crónica num membro da família provoca desorganização no sistema-indivíduo, havendo necessidade de reorganizar papéis, enfrentar imprevistos como agudizações da doença, complicações e internamentos decorrentes da evolução clínica da mesma (Azevedo; & Modesto, 2016; Maschio et al., 2019; Petean et al., 2016; Sanches et al., 2017). Os padrões familiares também se alteram, assim como papéis e tarefas (Ribeiro, 2007; Rolland,2005; Silva, 2007; Sousa et al., 2007). Estas mudanças nas funções de um membro provocam alterações nas funções complementares de outros membros, caracterizando o crescimento do indivíduo no sistema (Tosin, 2005). Estas alterações acontecem em função do envolvimento afetivo e do grau de conhecimento que os membros da família possuem sobre a doença (Silva,2007; Sousa et al., 2007), sendo que algumas famílias se tornam afastadas e outras aglutinadas, face à doença e ao *stress* que a mesma instiga (Ribeiro, 2007). Para que a família possa cumprir as suas funções é fundamental que a doença seja mais um elemento na vida familiar e não um componente mais importante que os outros, não ocupando todo o funcionamento da família (Sousa et al., 2007).

Apesar da doença crónica afetar o sistema familiar como um todo, cada membro percebe e reage de maneira singular, segundo: as suas conceções e vivências frente à doença (Barbosa et al., 2015; Marques et al., 2014), as relações desenvolvidas (Azevedo & Modesto, 2016; Araújo & Bellato, 2016; Barbosa et al., 2015; Maschio et al., 2019; Petean,; Sanches et al., 2017), as características pessoais (Azevedo & Modesto, 2016; Gomes et al., 2017) e o contexto social, cultural e financeiro (Araújo et al., 2013; Gomes et al., 2017). Neste sentido, o impacto se propaga a cada indivíduo, gerando sobrecarga, que pode ser física e/ou psicológica (Sanches et al., 2017). Quanto a implicações da doença crónica na família, a literatura aponta para os impactos emocional, financeiro e social (Barragán et al., 2016; Marques et al., 2014; Nóbrega et al., 2012), pela necessidade de recursos físicos, terapêuticos e medicamentosos (Barbosa et al., 2015; Gomes et al., 2017; Marques et al., 2014). Sendo a transição definida pela mudança de um estado para outro, é essencial que a família esteja munida de mecanismos e recursos que lhe possibilitem resolver os desajustes,

no sentido de se adaptar a um novo estado, face à situação de mudança que se impõe (Meleis et al, 2010). O *Coping* familiar é definido como “comportamentos de mobilização de estratégias e recursos que permitem a manutenção do funcionamento familiar, dando resposta aos fatores de *stress* intra ou extra-familiares” (Figueiredo, 2012, p.97). As estratégias de *coping* que as famílias mobilizam influenciam a saúde familiar e o funcionamento da família, sendo que se desenvolvem e alteram ao longo do tempo, em resposta às causas de *stress* e exigências sentidas mudando ao longo do ciclo da vida familiar (Menaghan, 1993; Schnittger & Bird, 1993, como citado em Hanson, 2005). Segundo Friedman (1998 como citado por Silva, 2010), as estratégias de *coping* internas utilizadas pelas famílias são: a confiança no grupo familiar, incluindo delegação; o uso de táticas de gestão do humor e *stress*; o aumento da partilha em comum por forma a aumentar a coesão; o controlo do significado do fator de *stress*/ exigência: contenção cognitiva e avaliação passiva; a resolução conjunta de problemas em família; a flexibilidade do papel e a normalização. As estratégias de *coping* externas são: a procura de informação e ajuda profissional; a manutenção de ligações ativas com grupos comunitários e organizações; a procura e uso de apoios espirituais; e a partilha de preocupações e experiências com parentes, amigos e vizinhos (Friedman, 1998 como citado por Silva, 2010).

Relativamente às famílias que integram membros portadores de DM2, Silva (2007, p.171) diz-nos que o objetivo da compreensão da dinâmica familiar deve ser “mais intenso do que extenso, sendo necessário explorar primeiro as explicações interacionais, antes da integração de outros quadros de referência, pois compreendo ser a abordagem sistêmica contemplativa.” Alguns autores sugerem que o mau controlo metabólico está associado ao mau funcionamento da família, nomeadamente à presença de conflitos e à fraca coesão familiar (Fisher et al, 1982; Fukunishi et al, 1998; Cox et al, 1991 citados por Silva et al, 2010). No entanto, poucos são os estudos que se debruçaram sobre o controlo metabólico e o funcionamento familiar em adultos com DM (Silva et al, 2010). Santos et al. (2012) levaram a cabo um estudo para conhecer a perceção que os indivíduos com DM tinham da participação familiar no processo de gestão da doença e concluíram que, apesar de alguns dos participantes atribuírem à família a culpa pela não adesão às práticas de controlo da DM, de modo geral, a família era percebida como importante fonte de apoio, suporte e cuidados, o que favorecia o controle da doença e melhorava na qualidade de vida. É possível constatar que a maioria dos estudos (Joaquim et al., 2022; Kodama et al., 2019; Maslampak et al., 2017; McElfish et al., 2019; Pamungkas et al., 2017; Withidpanyawon et al., 2019) veem a família como parceira ou como contexto da pessoa portadora de DM2, escasseando estudos que demonstrem a efetividade de intervenções dirigidas à família, como unidade de cuidados, e a sua influência na GRT. No seu estudo qualitativo para compreensão da inter-relação familiar no processo do viver com o DM2, Silva (2007, p.282), identificou oito grandes dimensões, que “expressaram o movimento circular e em espiral das inter-relações dinâmicas das famílias”, conforme explícito na Figura 6.

Figura 6- Dimensões da inter-relação entre membros de uma família com portador de DM2



Fonte: Silva, 2007, p.118

As dimensões identificadas foram as seguintes: 1) implicações da doença na dinâmica familiar; 2) as influências externas no processo da mudança; 3) a família na busca do “balance” na sua dinâmica; 4) a família e o contexto de suas relações circulares; 5) o sistema familiar e a necessidade de retroalimentação; 6) estratégias de adaptação da família à doença; 7) a família e suas relações de parentesco - maneiras que buscam para garantir o cuidado; 8) a relação intergeracional na dinâmica familiar, mostrando como se desenvolve a dinâmica familiar no cotidiano de suas inter-relações ante a DM.

Segundo Silva (2007, p.26), a fase da doença, o grau de comprometimento da pessoa idosa, a vidasocial e, especialmente a qualidade do relacionamento e interação familiar, exigem da família a capacidade de gerar aquilo que a autora apelidou de “balance”, definido como ummovimento pendular do sistema familiar, ante o “equilíbrio” e a mudança, através de um fluxo de energia dinâmico. Ao nível da dinâmica familiar, segundo Samuel-Hodge et al., (2013) as famílias fazem dois tipos de ajustes quando integram uma pessoa portadora de DM: ajuste dos papéis familiares e no ambiente alimentar familiar, sendo que pode existir dificuldades na comunicação familiar e consequentemente conflitos. Segundo Mayberry e Osborn (2014), os conflitos familiares podem constituir barreiras à efetiva autogestão da DM e acontecem por questões ligadas a hábitos alimentares. Está ainda descrito que em famílias com membros com doença crônica a etapa do ciclo vital do ninho vazio, é das mais desestruturantes (Olson et al., 1983, como citado em Duarte & Monteiro, 2017).

Pelo exposto, compreende-se a importância da visão sistêmica do EEECESF na avaliação e intervenção em famílias com portadores de DM2, tendo em vista a otimização dos processos de autogestão da doença e uma melhor adaptação da família às mudanças vivenciadas.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

O presente capítulo visa descrever as atividades desenvolvidas no estágio e está subdividido segundo as Competências Específicas do EEECESF, que estão definidas em regulamento próprio e são designadamente: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF” e do (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19355).

3.1 Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Neste subcapítulo, pretende-se proceder à descrição da avaliação e intervenção sistémica nas sete famílias a quem foram prestados cuidados, assim como aos membros que as constituem, de forma individual, durante o período de estágio, para dar resposta à primeira competência específica do EE em ECESF: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”. As consultas tiveram lugar na USF e no domicílio das famílias. A recolha e tratamento de dados desenvolveu-se de acordo com considerações morais e éticas inerentes à prestação de cuidados, sendo garantida a confidencialidade dos dados. Fez-se recurso à utilização de iniciais para nomear os participantes, que não correspondem às iniciais dos seus nomes, de forma a garantir a não identificação dos mesmos. A metodologia utilizada na abordagem à família foi a entrevista familiar sistémica com recurso ao MDAIF (Figueiredo, 2009), enquanto referencial teórico. Fez-se recurso de instrumentos da avaliação familiar que permitiram a recolha de dados acerca da família e dos seus membros. Foi utilizada a linguagem classificada do sistema de informação disponível na USF de estágio, o SClínico®, versão 5.6. Seguidamente é feita uma breve descrição dos instrumentos utilizados.

A escala de Graffar é um método que avalia as condições socioeconómicas da família, as condições de risco, bem como alterações ao nível dos comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial e permite identificar a sua classe social (Sousa et al., 2010). Este método baseia-se no estudo de um conjunto de cinco critérios: profissão do chefe de família, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. Cada família observada obtém uma pontuação para cada um dos critérios enumerados, o que permite definir a classe social que a família ocupa na sociedade: classe Alta; Média alta; Média; Média baixa ou Baixa. Desta forma é possível identificar o estatuto socioeconómico da família, que é um determinante de saúde, quanto à acessibilidade a recursos de saúde e à manutenção do seu próprio bem-estar da família e dos seus membros, extraíndo dados para algumas às de atenção do MDAIF.

O genograma é um diagrama visual que simplifica a compreensão da composição e dos vínculos entre membros e “facilita interpretações das experiências familiares, interligando o passado, presente e futuro familiar” (Figueiredo, 2012, p. 16). O fato da construção do genograma ser interativa, faz com que o indivíduo se interesse pela narrativa apresentada

pela própria história familiar, favorecendo o vínculo e a comunicação, contribuindo positivamente para a relação terapêutica. Sendo o genograma um instrumento gráfico, facilita a visão e o entendimento de complexos processos de saúde-doença no contexto psicossocial, podendo também contribuir para o estabelecimento de estratégias terapêuticas, ampliando as ações de saúde. O indivíduo se vê e se "sente" representado no instrumento, facilitando a compreensão de padrões transgeracionais e correlações entre fatores hereditários e os processos de saúde-doença, situando problema atuais, dentro de um processo evolutivo e histórico, seu, dentro da própria família (Muniz & Eisenstein, 2009). Pode ser considerado mais do que um instrumento para colheita de dados, fazendo parte do processo terapêutico. O Ecomapa é um diagrama do contato da família com os outros para além da família imediata, e entre a família e o mundo (Wright & Leahey, 2012). Tal como no genograma, o ecomapa tem impacto visual, sendo o seu objetivo revelar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos.

A Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II (Olson et al., 1982) é um questionário de autopreenchimento que avalia o funcionamento familiar em duas dimensões, a coesão e a adaptabilidade, de acordo com o Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson (1982). A dimensão da coesão mede os laços emocionais entre cada membro e os restantes, avaliando deste modo, o grau de separação ou ligação de cada elemento à família, enquanto a dimensão da adaptabilidade avalia a capacidade que o sistema conjugal ou familiar tem de mudar, em termos de estrutura, regras ou papéis, em resposta a determinada situação ou a acontecimento *stressante*. Foi adaptada para a população portuguesa por Fernandes (1995) e é composta por 30 itens, 16 relativos à dimensão da Coesão e 14 à da Adaptabilidade. Permite classificar as famílias em quatrotipos: equilibradas, moderadamente equilibradas, meio-termo e extremas. A utilização deste instrumento pretende demonstrar que as famílias equilibradas são mais funcionais, em comparação com as famílias com pontuações mais extremas. Uma vez que nas sete famílias avaliadas os filhos já não residiam com os pais há muitos anos e estes tinham uma perceção difusa sobre a convivência que tinham na época, optou-se por nas questões seis (em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição de disciplina) e 16 (quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta) atribuir apontuação média da escala de likert, três pontos.

A Escala de Readaptação Familiar de Holmes e Rahe é um questionário autoadministrado que correlaciona 43 eventos de crise ou *stress* acontecidos no ano anterior, por forma a se avaliar “as dificuldades a que o individuo ou família estiveram sujeitos e determinar a probabilidade de aquele vir a desenvolver uma doença somática” (Caeiro, 1991, p. 37). Para obter o resultado desta avaliação, adiciona-se as pontuações atribuídas aos acontecimentos constantes da lista que tenham sido experienciados. Uma pontuação entre 150 a 200 pontos corresponde a 37% de probabilidade de ocorrência de doença; entre 200 a 300 a 50% e pontuação superior a 300 pontos corresponde 80% de probabilidade de ocorrência de doença.

Escala do APGAR Familiar de Smilkstein é um teste que avalia a percepção que o indivíduo tem da sua família (Moimaz et al., 2011). Segundo Sousa et al., (2010), com este instrumento os membros da família percebem o seu funcionamento por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo APGAR: A - Adaptação (partilha de recursos ou grau de satisfação com a atenção recebida); P - Participação (partilha das decisões ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade na comunicação familiar e na resolução de problemas); G - Crescimento (partilha da promoção do crescimento ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar, para a mudança de papéis e concretização do crescimento emocional ou amadurecimento); A - Afeição (partilha das experiências emocionais ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar); R - Resolução (partilha do tempo ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido firmado pelos seus próprios membros). O questionário do APGAR Familiar é constituído por cinco questões alusivas às funções familiares (APGAR), com três possibilidades de respostas cada uma, sendo que a pontuação varia de zero a dois pontos. O somatório total varia entre zero a dez pontos e a caracterização das famílias resulta em: família altamente funcional (7-10), família com moderada disfunção (4-6) ou família com disfunção acentuada (0-3) (Caeiro, 1991). Deve ser aplicado a cada membro de forma individual. O uso de instrumentos de avaliação familiar beneficia a comunicação terapêutica e permitem a compreensão da funcionalidade da família (Figueiredo, 2009). Importa realçar que os instrumentos não têm valor diagnóstico e devem fazer parte de uma avaliação aprofundada das diversas áreas da vida familiar que subsidia a formulação diagnóstica (Hanson, 2005).

Uma vez que todas as famílias eram nucleares, constituídas por casais com filhos adultos, que não residiam com os mesmos e tendo em consideração o enquadramento teórico já introduzido, em seguida apresentam-se as áreas do MDAIF transversais a todas as famílias e que se consideraram adequadas para avaliação e intervenção (Quadro 3).

Quadro 3 - Áreas de atenção do MDAIF transversais na prestação de cuidados às famílias

Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar / Edifício residencial / Precaução de Segurança / Abastecimento de Água e Animal Doméstico
Dimensão Desenvolvimental	Satisfação Conjugal (Relação Dinâmica; Comunicação) e Papel Parental (Família com Filhos Adultos)
As dimensões Interação Sexual e Função Sexual não foram avaliadas. Em todos os casais a prioridade estabelecida foi a relação dinâmica/ou a comunicação do casal, pelo que se optou por não abordar assuntos relacionados com a sexualidade do casal, uma vez que também a relação terapêutica ainda é recente. Quando abordadas as complicações da DII foi nomeada a Disfunção Sexual e, quando questionados, os membros das famílias não mencionaram sofrer deste tipo de complicação. Quando abordadas estas questões, os casais não quiseram desenvolver o assunto, não direccionando o diálogo neste sentido. Estas dimensões deverão ser avaliadas futuramente pela enfermeira de família, após as questões relativas à relação dinâmica e/ou comunicação estarem resolvidas e se obterem os resultados pretendidos.	
Dimensão Funcional	Processo Familiar (Coping Familiar; Interação de Papéis Familiares; Relação Dinâmica)
Sendo que a família é nuclear e apenas possui o subsistema conjugal, as questões de comunicação já foram abordadas na dimensão comunicação de casal, anteriormente.	

Optou-se por apresentar seguidamente, em cada uma das famílias, apenas as dimensões desenvolvimental e funcional, sendo que o Papel Parental foi identificado como uma força em todas as famílias. No que diz respeito à dimensão estrutural, em todas as famílias foram identificadas forças, pelo que não houve necessidade de intervenção, funcionando os

diagnósticos desta dimensão como recursos para a manutenção de um funcionamento saudável da família (Figueiredo, 2009). Designadamente: Rendimento Familiar Não Insuficiente/ Edifício residencial Seguro/ Precaução de Segurança Demonstrada/ Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado.

Reconhece-se no MDAIF uma abrangência excecional na abordagem de todas as áreas de atenção, incluindo as que se aplicam à avaliação e intervenção do sistema conjugal. Apresenta-se um quadro-resumo da avaliação da SC (Quadro 4), com uma maior especificação dos dados de caracterização das dimensões Relação Dinâmica e Comunicação do Casal e com acrescento da dimensão *Coping* Diádico, criado para a avaliação das famílias.

Quadro 4- Resumo da avaliação da SC

Foco	Satisfação Conjugal		
Juízo	Mantida/ Não mantida		
Crítérios de Diagnóstico	Satisfação conjugal não mantida se: relação dinâmica disfuncional e/ou comunicação não eficaz e/ou coping diádico não eficaz (interação sexual e relação sexual não estão no âmbito deste trabalho)		
Dimensões	Dados de caracterização	Juízo	Crítérios Diagnósticos
Relação Dinâmica	Satisfação com: -Partilha de tarefas -Tempo que passam juntos -Expressão sentimentos	Disfuncional / Não Disfuncional	Relação Dinâmica disfuncional se: - um dos critérios dos dados diagnóstico "não"
	Existência de: -Violência Doméstica -Planeamento de divórcio/ separação -Expressão de sentimentos de ódio e/ou repulsa e/ou medo e/ou desprezo em relação ao cônjuge -Arrependimento de estar na relação -Infidelidade		Relação Dinâmica disfuncional se: - um dos critérios dos dados diagnóstico "sim"
	Satisfação com: -Modelo de conjugalidade (1) -Autonomia entre os cônjuges (2) -Tomada de decisão no casal (3) -Simetria nos recursos financeiros (4) -Limites com o exterior (5) -Expressam da Religião/Cultura na relação (6) -Objetivos/Projetos de vida em comum (7) -Realização das Tarefas da etapa do ciclo de vida do casal, no momento previsto, face a duração da relação 1ª etapa Fusão (até 10 anos de relação) 2ª etapa Retorno ao "eu e tu" (10-20 anos de relação) 3ª etapa Empatia (mais de 20 anos de relação)		Relação Dinâmica disfuncional se: - dois dos critérios dos dados diagnóstico "não"; item 7 "não" Relação Dinâmica disfuncional se: - critério dos dados diagnóstico "não"
Comunicação Casal	Conversam sobre as Expectativas e receios de cada um Conseguem chegar a acordo Satisfeitos com o padrão de comunicação	Eficaz/ Não Eficaz	Comunicação ineficaz se: Item 3 não Item1;2 não Item 1;2;3 não
	Existência de: -Padrão comunicacional do casal maioritariamente com recurso a Escalada Simétrica ou Complementaridade Rígida (1) -Relação sem diálogo verbal (2) -Discussões frequentes (3) -Temas "tabu" dentro do casal (4)		Coping no casal ineficaz se: - item 1 "sim" - item 2 "sim" -dois dos seguintes critérios "sim": 3;4
Coping Diádico	-Resolução de conflitos por meio de estratégias negativas (hostil, ambivalente, superficial) Satisfação com: -a resolução de conflitos dentro do casal	Eficaz / Não Eficaz	Coping no casal ineficaz se: - um dos critérios dos dados diagnóstico "sim" Coping no casal ineficaz se: - um dos critérios dos dados diagnóstico "não"

Sendo que “o todo é mais do que a soma das partes”, opta-se por apresentar de forma esquemática (Figura 7) as técnicas de intervenção familiar sistémica estudadas e utilizadas, assim com os seus autores, de forma global. A totalidade ou a completude certamente não estarão patentes (existirão?), no entanto a Figura 7 exhibe um esforço na sua representação. Toma-se esta opção por se acreditar que a compreensão das técnicas será mais efetiva quando descrito todo o enquadramento em que foram utilizadas e os processos de pensamento e de enfermagem que as suportam, como será feito adiante neste relatório.

Figura 7- Técnicas de Intervenção Familiar Sistêmica



Fonte: Adaptado de Torres (1995, p. 231)

O esquema organiza-se segundo dois eixos: a acomodação, da posição próxima à mais distante e comunicação, entre os polos digital e analógico. Estão ainda patentes quatro quadrantes: dois relativos às técnicas de entrevista e dois aos modelos de prescrição. A articulação entre esses quadrantes pode fazer-se segundo os modelos teóricos estrutural ou estratégico. Em cada um dos quadrantes figura a corrente a que está associado: Comportamentalismo (designação de tarefas), Psicodrama (experiential e humanista), Psicanálise (histórico) e Cognitivismo (construção da realidade).

Em cada uma das famílias foram, também, avaliadas as necessidades de cuidados, que orientaram a intervenção, em saúde aos membros, de forma individual (Anexos V; VII; IX; XII; XIII; XV; XVII). Optou-se por se explicar neste relatório, apenas os cuidados aos indivíduos portadores de DM2, através dos focos Aceitação do Estado de Saúde e Gestão do Regime Terapêutico. Uma das ferramentas de educação terapêutica utilizadas foram os Mapas de Conversação em Diabetes® (MCD®), elaboradas pela Lilly® e desenvolvidas pela Healthy Interactions®, em parceria com a IDF, no sentido de orientar as pessoas com DM através num processo de compreensão e internalização de informações sobre a sua doença, que possa resultar em melhores decisões e ações de autogestão (Carvalho et al., 2018; Chaves et al., 2015; Defeudis et al., 2018; Ghafoor et al., 2015; Ohl et al., 2019; Qasim et al., 2020; Reaney et al., 2013; Srulovici et al., 2017). O indivíduo idoso portador de DM deve ser assistido de forma diferenciada e, dentre os principais objetivos na intervenção, destaca-se o estímulo ao resgate da autonomia, de forma a favorecer o processo de empoderamento para o autocuidado, a adesão ao tratamento (Carvalho et al., 2018) e os processos de autogestão (Lorig & Holman, 2003). Para tal, o indivíduo idoso deve conhecer a doença, as potenciais complicações e a melhor forma de agir, bem como a importância do tratamento farmacológico para melhor controle

metabólico (Carvalho et al., 2018). As práticas educativas realizadas com idosos e familiares, por meio de MCD®, proporcionam um ambiente dinâmico e empático para a troca de experiências, elucidação de dúvidas e mudanças comportamentais no cotidiano para o controle da DM (Carvalho et al., 2018). Cada mapa inclui seis componentes, incluindo visual, compartilhamento de informações, cartões de atividades, interação em grupo, um guia do facilitador e um cartão de estabelecimento de metas (Defeudis et al, 2018; Ghafoor et al., 2015; Srulovici et al., 2017). Este carácter interativo, através de mensagens ilustrativas que são predominantemente auto-explicativas, não necessitam de educação formal e surtem mais efeitos do que as ferramentas tradicionais na educação a indivíduos com DM e aos seus familiares (Qasim et al., 2020). O conhecimento aprimorado sobre a DM deve levar ao aumento do empoderamento da pessoa, o que é essencial para alcançar mudanças no comportamento de autocuidado e no estilo de vida que, por sua vez, melhorarão os resultados clínicos (Reaney et al., 2013). Está descrito que a utilização dos MCD® proporcionam um maior alívio do sofrimento, aumento da percepção da autoeficácia e melhores resultados da HA1c, quando comparados com o ensino tradicional realizado junto a indivíduos com DM2 (Ohl et al., 2019). A literatura aponta que programas educativos com uso dos MCD® resultam em diferenças positivas significativas nas dimensões: alimentação geral e específica, atividade física, monitorização da glicemia e cuidados com os pés da escala EAD, antes e após a participação dos indivíduos (Ohl et al., 2019).

A consciencialização é considerada uma propriedade chave do todo o processo de transição, na medida em que está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da própria experiência de transição (Meleis, 2000). O nível de consciencialização reflete-se no grau de congruência entre o que se sabe sobre o processo, as respostas e as percepções dos indivíduos a lidar com transições similares (Meleis, 2000), onde encaixa a aceitação do estado de saúde. Intervenções educativas, nomeadamente com MCD® podem melhorar a aceitação do estado de saúde, através do fornecimento de informações claras e consistentes por parte da equipa de saúde sobre a doença e o tratamento, sendo consideradas um facilitador à adaptação à DM2 (Bertolin et al., 2015).

Ainda a título individual, fez-se recurso à Entrevista Motivacional (EM), que é definida pelos seus autores Miller e Rollnick (2013) como um estilo de conversa colaborativa voltado para o fortalecimento da motivação e comprometimento com uma mudança (Miller & Rollnick, 2013). Embora a reflexão seja a estratégia-chave na EM, é importante salientar que a sua metodologia consiste, também, na utilização de reforços positivos, resumos e perguntas abertas em uma relação de no mínimo dois para um, ou seja, a utilização de cada duas técnicas para cada pergunta, com preferência das reflexões (Miller, & Rollnick, 2013). A própria reflexão do cliente possibilita que ele fale mais do que o profissional e tenha oportunidade de ouvir a si mesmo - muito mais do que ao profissional - de descobrir coisas por si mesmo e, no final, perceber que é capaz de discernir, fazer escolhas, tomar decisões e agir, sendo que o protagonismo deve ser sempre do próprio indivíduo (Miller, & Rollnick,

2013). Deste modo, EM é considerada uma ferramenta útil e estratégica, de educação em saúde, na mudança para estilos de vida saudáveis, estando a sua eficácia amplamente comprovada através da melhoria dos níveis de adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DM2 (Cedillo & Antunes, 2015; Lima et al., 2019; Menezes et al., 2022). A EM mostra-se uma alternativa promissora que pode ser utilizada para a melhoria do comportamento alimentar de utentes atendidos pelas equipas de saúde familiar (Menezes et al., 2022). Ao promover um ambiente que sustenta a autodeterminação do utente, a EM apoia o desenvolvimento de objetivos que suportem valores pessoais, permitindo a mudança para regulações mais autónomas e assegurando que o utente é capaz de individualizar/adaptar as mensagens de saúde generalistas a si, à sua vida, aos seus condicionalismos (Silva et al., 2013). Optou-se por se fazer a todos os cônjuges dos membros portadores de DM2, a avaliação do risco para o desenvolvimento da doença, através da aplicação da escala Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) na versão traduzida para português e presente no e no SClinico® , (Anexo V), uma vez que está descrito que abordagens em formato *cross-disease* são valiosas, tanto para a prevenção quanto para o tratamento dessas mesmas condições de saúde e que os comportamentos de saúde no cônjuge devem ser abordados, de forma central, numa intervenção diádica na gestão das doenças crónicas (Martire & Helgenson, 2017, p.12). O preenchimento do inquérito FINDRISC está ainda contemplado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes de 2008 como estratégia de identificação de grupos de risco acrescido de desenvolvimento de DM2 (Dantas et al., 2017). De facto, intervenções que visem ajudar os elementos do casal a reconhecer os efeitos da DM2 em ambos, que promovam a resolução colaborativa de problemas e apoio mútuo, e que tenham, como foco, a forma como o cônjuge pode ajudar a pessoa com DM2 a fazer mudanças saudáveis no estilo de vida, têm resultados, descritos a nível da redução da HbA1c, dos valores de tensão arterial, da angústia relativa à DM2 assim como melhores níveis de SC (Trief et al., 2019). Pelo exposto, compreende-se a relevância da intervenção tanto a título individual, como diádico e sistémico.

Findas as apresentações introdutórias, importa recordar o sábio conselho de Minuchin: “a aprendizagem em terapia familiar deve constituir um caminho de conhecimento de técnicas que, no essencial, devem ser dominadas, e depois esquecidas”, pois “a técnica por si só não assegura a eficácia.” (Minuchin, 1981, como citado em Torres 1995, p. 236). O autor recorda que “se o terapeuta se casa em demasia com a técnica torna-se um artífice cujo contato com os pacientes será objetivo, distante e assético, mas também superficial, manipulador na busca de poder pessoal e em última análise pouco eficaz”, quando “deve ser alguém que cura: um ser humano preocupado, terapeuticamente, com os outros seres humanos acerca de áreas que lhes causam sofrimento, revelando sempre um grande respeito pelos seus valores, áreas de competência e preferências (Minuchin, 1981, como citado em Torres 1995, p. 236).

Optou-se por apresentar um resumo do trabalho desenvolvido com cada família e um maior aprofundamento apenas das técnicas de intervenção familiar sistémica que causaram maior impacto em termos de ganhos em saúde. O processo de enfermagem relativo a cada família, com recurso ao MDAIF, encontra-se em anexo (Anexos VI; VIII; X; XII; XIV; XVI; XVIII) com todo o pormenor, desde a atividade diagnóstica (com as questões colocadas em específico e respostas verbais e não verbais das famílias), às intervenções descritas de forma pormenorizada à avaliação das mesmas e os resultados obtidos.

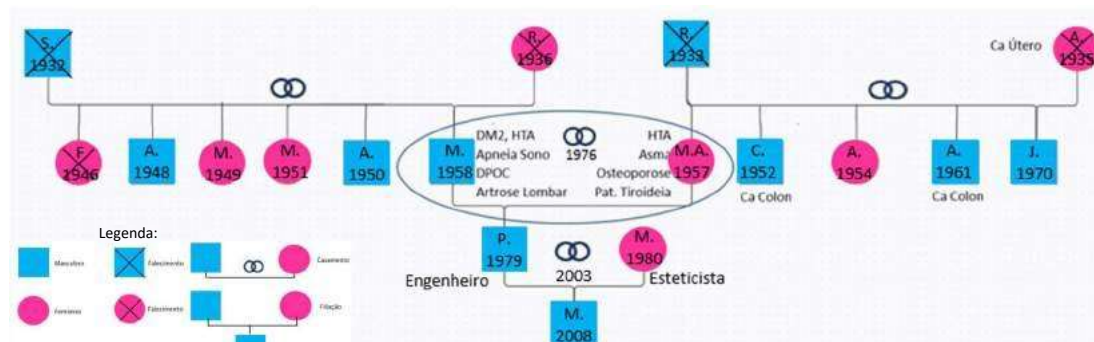
3.1.1 Família 1

A família 1 optou por não continuar com as consultas, pelo que só foram possíveis dois contactos com o membro portador de DM2. Os ganhos em saúde obtidos foram a título individual, pelo que se remete para anexo o trabalho desenvolvido (Anexos VI; VII).

3.1.2 Família 2

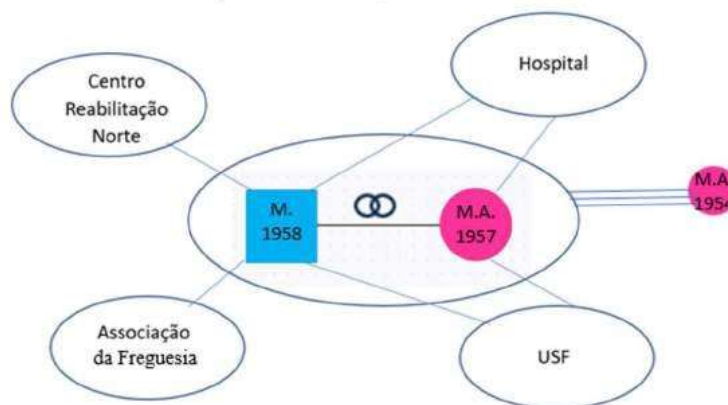
A família dois é constituída (Fig. 8) por dois elementos: o Sr. M. de 65 anos, bombeiro reformado, casado há 47 anos com a Sr.^a M.A., de 66, cozinheira reformada. Ambos nascidos e criados em meio rural. São independentes nas atividades de vida diárias (AVD's) e têm um filho, P. de 44 anos, que é casado há três anos com M., de 43 e têm um filho de 15 anos, D. O Sr. M. foi diagnosticado há dois anos com DPOC e há 13 com HTA e DM2, estando polimedicado, com terapêutica oral para a DM2. Foi submetido a quatro cirurgias lombares. A Sr.^a M.A. foi diagnosticada há 12 anos com HTA, tendo também osteoporose e asma.

Figura 8- Genograma Família 2



P. reside perto dos pais e tem contacto com os mesmos telefonicamente de forma diária e presencialmente uma vez por semana. A Sr.^a M.A. tem contato diário presencialmente com a irmã, A, que é viúva e vizinha. Estes contatos têm como funções: apoio emocional; companhia e regulação social. Em termos de sistemas mais amplos (Fig. 9) a família tem contacto com a USF e o hospital, para consultas médicas e de enfermagem. O Sr. M. é também seguido no centro de reabilitação do norte. O Sr. M. e a Sr.^a M.A. frequentam também uma associação na freguesia onde residem.

Figura 9- Ecomapa Família 2



Quanto à Classe Social desta família é Média (17 pontos no Graffar Adaptado).

As consultas tiveram lugar na USF, num total de seis (Quadro 5), sempre com os dois elementos do casal.

Quadro 5 - Resumo das consultas com a Família 2

Família 2						
	1º contacto	2º contacto	3º contacto	4º contacto	5º contacto	6º contacto
Sr.ª M.A.	Risco Ligeiro DM2					
Diagnósticos Individuais do Sr. M.	Conhecimento sobre DM não Demonstrado	Gestão Regime Terapêutico não Demonstrada	Adesão ao Regime Dietético não Demonstrada	Adesão ao Regime Exercício não Demonstrada	Autovigilância dos Pés não demonstrada	
Atividades Concretizam Intervenção (ACI)	Mapa Conversação DM ® (MCD®) “Como Funciona a DM”		MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física” + EM		MCD® “DM e os Cuidados com os pés”	
Dados da Avaliação Familiar	Dados Dimensão Estrutural	Não satisfação do Sr. M. com o padrão de comunicação (4 em 10)		Não Satisfação da Sr.ª M.A. com a divisão das tarefas domésticas. -Saturação no Papel Cuidado Doméstico (Sr.ª M.A.)	-Não existe discussão sobre os problemas na família -Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como se discutem os problemas	
Subdiagnósticos	Identificados forças e recursos na família	Comunicação Não Eficaz (1)	Relação Dinâmica Disfuncional (2)e Interação de Papéis não eficaz (3)		Coping Familiar Não Eficaz (4)	
Diagnósticos		Satisfação Conjugal não Mantida (1,2)			Processo Familiar Disfuncional (3,4)	
Intervenções	(1) -Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover a comunicação do casal - Planear rituais familiares - Motivar para atividades em conjunto					
	(2) - 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					
	(3) - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Colaborar na identificação dos papéis familiares - Avaliar as dimensões não consensuais do papel - Avaliar saturação do papel - Motivar/ Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família - Promover estratégias de coping para o papel					
	(4) - Promover estratégias adaptativas/coping na Família - Negociar estratégias adaptativas/coping na Família					
Técnicas	Co-construção genograma e ecomapa	(1) -Desenho do Casal -Rituais Familiares		(2, 3) - Questão Exceção -Metáfora	(4) -Elogio a Família -Metáfora	

No âmbito da dimensão desenvolvimental, foi alvo de intervenção a Satisfação Conjugal não Mantida, quanto à Comunicação do casal, onde se optou por utilizar o Desenho Casal e Rituais Familiares. No que toca à atividade diagnóstica no âmbito da Comunicação do casal, destaca-se a questão de escala: *“De um a 10 quão satisfeito está em relação à vossa comunicação enquanto casal? Em que um representa nada satisfeito, cinco satisfeito e 10 muito satisfeito?”*. O Sr. M. respondeu quatro e a esposa seis, tendo ficado surpreendida como valor atribuído pelo marido. Em seguida foram colocadas questões circulares como: *“Sr.^a M.A., porque acha que o seu marido atribuiu um valor inferior ao seu? O que isso a faz sentir?”* e *“Sr. M., a sua esposa parece surpreendida com o valor que atribuiu, consegue explicar porque? Já tinham conversado sobre isto?”*. Pelas respostas compreendeu-se que esta é uma questão que não tinha sido conversada em casal e que a Sr.^a M.A. não tinha a perceção até aquele momento que o marido estava insatisfeito com o padrão de comunicação entre ambos. Optou-se por recorrer à técnica do Desenho de casal (Fig. 10 e 11), para concretizar a intervenção *Promover a comunicação expressiva das emoções* e a consciencialização de ambos face à satisfação do parceiro neste assunto, pois há uma diferença entre viver a insatisfação conjugal e manifestá-la, principalmente nos casais com comprometimento na comunicação de casal (Lima, 2010).

Figura 10 - Desenho Sr. M.



Figura 11 - Desenho Sr. M.A.



O motivo pelo qual o Desenho do Casal foi escolhido para utilização nesta (e noutras famílias) pode ser explicado pela posição de Corman (1967), ao se referir ao Desenhada Família. Segundo ele, para se compreender a forma como o indivíduo vivência a sua relação interpessoal, sobretudo no ambiente familiar, é mais importante ver como ele representa a família do que como de fato ela é (Corman, 1967). Assim, a representação gráfica do casal é assumida neste relatório como um instrumento significativo para avaliação diagnóstica de aspetos específicos da SC, além das barreiras do dizível pela comunicação oral, assim como instrumento de intervenção nos membros do casal. A utilização do Teste do Desenho do Casal no diagnóstico da SC baseia-se no *“Test de la Pareja”* de Jaime Bernstein (1958) e é uma modificação do Desenho da Figura Humana de Karen Machover (Lima, 2010). É um instrumento de aplicação rápida, individual que propõe analisar o par gráfico e verbal, segundo aspetos descritivos (composição, natureza vínculo, nível realidade, contexto) e dinâmicos (interação de papéis, comunicação do casal).

Desta forma, as possibilidades conversacionais criativas que a linguagem do desenho disponibiliza são enriquecidas pelos traços e gestos criados, pela imagética e suas cores e formas, pelas metáforas e seus enredos inventivos, pelas entonações da voz do membro do casal que narra a história e pelo conteúdo da mesma (Biagi-Borges & Rases, 2017) o que lhe confere dinamismo (Bell, 1964, como citado em Lima, 2010). A relação do casal ou o problema relatado surgem, assim, como imagem metafórica no desenho do casal, que traz um convite reflexivo na mobilização de forças criativas na construção de histórias alternativas, novos sentidos e realidades (Colombo, 2012, como citado em Biagi-Borges & Rases, 2017). Ao apresentar-se como uma surpresa, visto não estar planejado como possibilidade discursiva e, sobretudo, como produtor de sentido, o desenho adquiriu, nesta família, um caráter desconstrutivo e abriu a possibilidade a novos significados para as questões na interação conjugal, sendo que a linguagem metafórica do desenho se constitui menos ameaçadora, porém, não menos importante (Biagi-Borges & Rases, 2017). O desenho ampliou a forma de conversar sobre os problemas (Epston et al., 2001) convidou o casal a sair da zona de conforto a que está habituado, abriu caminho para a descoberta, para o novo (como citado em Biagi-Borges & Rases, 2017) e para a utilização mais frutífera de outras técnicas. Deste modo, utilizou-se o questionamento circular para desconstruir o que cada desenho representava, uma vez que questionar e mudar não são momentos separados, mas simultâneos, e o “questionamento gera mudanças” (Cooperrider & Whitney, 2005, p.33).

Com o “terreno fértil” para outro tipo de intervenções, e para *Promover a comunicação do casal*, realizou-se uma dinâmica (Reis et al., 2021) em que foi pedido ao Sr. M. que descrevesse à Sr.^a M.A. um objeto escolhido para que a sua esposa o desenhasse, sem o ver, apenas com as indicações dadas por ele. No final, fez-se a comparação do objeto real com o desenhado. Ambos relataram de imediato as diferenças notórias entre ambos. Após reflexão, o casal concluiu que mesmo numa situação-tipo como esta, em que o emissor fez em esforço para passar a mensagem e o receptor esteve empenhado em recebê-la, existiram falhas na comunicação. Este exercício surtiu o efeito pretendido: normalizar os problemas do casal no âmbito da comunicação e demonstrar a importância de passar a mensagem o mais clara e detalhadamente possível e “sem ruído”, para compreensão do outro.

Partindo do pressuposto que todo o comportamento pode ser encarado como uma comunicação e que uma forma de eliminar um sintoma passa pela alteração das regras familiares, utilizou-se em seguida a técnica dos Rituais Familiares, em que o foco foi as características da comunicação e os comportamentos que mantinham essas regras, sendo a finalidade última modificar a sequência de condutas disfuncionais, contribuindo para a alteração de regras, sem recorrer a explicações nem críticas (Gouveia et al., 2021). Os rituais familiares são eventos simbólicos, com um especial significado partilhado pelos membros da família, que envolvem repetição, real ou imaginada e contemplam a sua preparação, vivência, e integração na vida familiar (Fiese, 2006). Contribuem para as

relações familiares de forma significativa ao construir e manter laços familiares, a promover um sentimento de pertença e a coesão familiar e ao fomentar a identidade familiar, pois através da sua vivência, os membros da família partilham, como herança familiar, um sentido de pertença ao grupo, assim como valores e crenças de transmissão intergeracional (Fiese 2006). Está descrita uma relação positiva entre significado dos rituais e a SC (Crespo et al, 2008; Fiese et al, 1993; Fiese & Tomcho, 2001, como citado em Azevedo, 2018) principalmente em momentos de crise, provendo estabilidade ao longo do ciclo de vida da família e do casal (Fiese, 2006).

Para concretizar as intervenções: *Planear rituais familiares e Motivar para atividades em conjunto* tentou-se perceber primeiro, através de questões, quais gostos individuais e de casal em termos de atividades, que tipo de rituais tinham e quais os que gostariam de recuperar, e que significado tinham, que rotinas e rituais tinham no momento e quais gostavam de ter e porquê. O casal identificou como rituais a recuperar: ir à Terra Natal uma vez por mês e ficarem lá um fim de semana; aos sábados ir caminhar junto à praia de manhã e aos domingos ir à missa das 11h, juntos e irem almoçar fora. Definiram em conjunto as ações, a repetição, a ordem, a preparação para as ações, hora, ritmo de repetição e sequência, sendo que o enfermeiro criou o espaço terapêutico para que isso acontecesse e apenas interveio na identificação dos detalhes que era necessário definir. Por fim, e pegando numa frase do Sr. M. aquando da atividade diagnóstica: “Parece que estamos juntos, mas nem nos olhamos nos olhos”, sugeriu-se uma tarefa para realizarem em casa, diariamente, a que se denominou *momento de olhos nos olhos*: olham-se dois minutos e depois dizem ao cônjuge algo que gostaram naquele dia e algo que não gostaram. Refletem em seguida em conjunto e trazem feedback nas consultas seguintes (Reis et al., 2021). O casal concordou e no final da quinta consulta relataram que foram à terra natal e que tinham ido caminhar ao sábado, ido à missa juntos aos domingos e feito outras atividades juntos: idas ao comércio popular, entre outras atividades recreativas. Fisicamente, estiveram mais juntos na consulta e mais bem-humorados que anteriormente. Ambos pontuaram a satisfação com o padrão de comunicação do casal oito em 10. Os objetivos foram cumpridos, na promoção da proximidade do casal, alteração de padrões de comunicação e alteração das regras do jogo familiar sem utilização da explicação lógica e verbal dos factos. A Comunicação passou a eficaz no final da quinta consulta.

Quanto à Relação Dinâmica do Casal Disfuncional e à Interação de Papéis não Eficaz, por via da insatisfação da Sr.^a M.A. com a divisão das tarefas domésticas e a sua Saturação no Papel Cuidado Doméstico, fez-se recurso à procura de exceções através de Questões sobre Resultados Únicos e à Metáfora como atividades que concretizam as intervenções previstas no MDAIF para estes diagnósticos. “*Por vezes o Sr. M faz alguma tarefa? Mesmo que considere algo mais simples, pode dar um exemplo? E quando isso acontece como se sentem?*” O princípio da “busca por exceções” envolve a identificação dos “acontecimentos extraordinários” que incluem “toda gama de acontecimentos, sentimentos, intenções,

pensamentos, ações, etc.,” (White & Epston, 1993, p. 32) que no caso do Sr. M., eram: levar o lixo à rua; pôr e tirar a mesa; ir verificar o correio; regar plantas; ajudar a fazer a lista das compras, sendo estas atividades associadas a sentimento de companheirismo e satisfação da Sr.^a M. ao se sentir menos sobrecarregada. Estas exceções foram ressaltadas nas narrativas desencorajadoras, assim como os recursos aos pontos fortes, anteriormente despercebidos (Paiva & Raser, 2012). As exceções foram descritas, promovendo uma linguagem de transição, havendo um movimento de linguagem de uma postura para outra, realçando a interligação entre a ação e o resultado (Paiva & Raser, 2012). Esta técnica contribuiu para a Sr.^a M.A. identificar momentos em que o Sr. M. realizava tarefas domésticas e assumia uma cota do papel doméstico e o Sr. M. perceber que já fazia pequenas atividades que ajudavam a sua esposa a não se sentir tão sobrecarregada e quase “igualar” expectativas, para poder introduzir a metáfora.

A metáfora permitiu entrar no sistema terapêutico e representar comportamentos, relações, interações ou ainda regras do sistema familiar e, ainda, transmitir à família o resultado da observação: análises, hipóteses e ideias sobre ela, de forma sutil (Sanches & Peixoto, 1996). Criou-se uma metáfora relacionada com a antiga profissão do Sr. M., que era bombeiro, que deu resposta às necessidades específicas desta família: *“Sr. M, imagine-se entrar no quartel de bombeiros todas as manhãs e perguntar ao seu colega: ‘Podes lembrar-me o que tenho para fazer hoje? Vou só sentar-me aqui à espera que me digas o que tenho de fazer’, enquanto há um incêndio à porta do quartel.”* Partindo de contexto profissional, a metáfora foi utilizada intencionalmente para influenciar o outro (Cohen, 2018; Tay, 2013, Törneke, 2017;). Fez-se a exploração de sentimentos do colega bombeiro (esposa), do trabalho de equipa (casal), da identificação dos focos de incêndio (tarefas a realizar), das condutas de ambos e um paralelismo do trabalho doméstico como o “novo trabalho” de ambos, uma vez que estão os dois reformados. A sua utilização permitiu ao Sr.M., discernir sobre a relação entre o que ele faz e as consequências problemáticas que experimenta; refletir sobre os seus próprios pensamentos, emoções e sensações físicas, estabelecendo uma distância observacional deles conforme emergiam e a usar essa habilidade para esclarecer o que é importante na sua vida e do casal e quais seriam os passos concretos nessa direção (Törneke, 2017).

Em seguida, foi proposta ao casal uma tarefa a realizar em casa, a apresentar na sessão seguinte, uma vez que sugestão de tarefas para realizarem no intervalo entre sessões é algo que deve ser adotado, sendo que as mesmas devem derivar do que foi negociado na consulta, serem simples e aceites pelos membros da família (Beyebach, 2014). Em conjunto, definiu-se a co-construção de um plano de gestão de tarefas domésticas, através de uma tabela com propostas, dadas por ambos, sobre a divisão das tarefas domésticas, uma vez que o estabelecimento de objetivos tem um efeito terapêutico ao propor ao casal alcançar uma meta, criando a expectativa de um futuro diferente, em que mudanças de comportamento são possíveis (Moraga, 2014). No final da quinta sessão o casal relatou que o Sr. M. está a

fazer as tarefas que antes eram uma exceção e ainda outras e que estão a seguir o plano de gestão de tarefas, com flexibilidade, havendo satisfação com a divisão das tarefas domésticas e não saturação com o papel doméstico, pelo que se positiva os subdiagnósticos Relação Dinâmica e Interação de Papeis e o Diagnóstico Satisfação Conjugal.

Foi ainda identificado o subdiagnóstico de *Coping* Ineficaz, por via dos membros do casal assumirem que não havia discussão do problema da divisão de tarefas, e por a Sr.^a M. A. não estar satisfeita com a discussão deste problema. Deste modo, as técnicas já descritas serviram também para dar resposta às intervenções previstas no MDAIF para o *Coping* Ineficaz, onde se acrescentou a colocação de questões de *coping*, a dinâmica “linha do tempo” (Polleto et al., 2014) o elogio à família e uso de imagens mentais (Pearson et al., 2015). Para a dinâmica “linha do tempo” o casal foi incentivado a contar a sua história desde o momento em que se conheceram até os dias de hoje, incentivados a assinalar os “marcos” de crises pelas quais tenham passado e as estratégias utilizadas (Polleto et al., 2014). O elogio à família permitiu ressaltar os pontos fortes, recursos e possibilidades são uma parte “extremamente importante do processo (terapêutico)” sendo uma intervenção terapêutica poderosa, eficaz e duradoura (Robinson, 1998, pág. 284, como citado em Wright & Leahey, 2012). O casal internalizou os elogios oferecidos, mostrou-se mais recetivo e confiante na relação enfermeiro-família e aceitou mais facilmente ideias, opiniões e conselhos oferecidos. Ao elogiar os recursos, competências e pontos fortes da família, foi oferecida uma nova visão do sistema familiar. Ao mudar a visão que têm as famílias são frequentemente capazes de lidar com os problemas de maneira diferente e, assim, avançam em direção a soluções mais eficazes (Wright & Leahey, 2012). Em seguida, através do uso de imagens de casais do MCD®, fez-se recurso à criação de imagens mentais positivas, de forma a remodelar a realidade antecipada, pela criação engenhosa de imagens do casal no futuro que conduziam a ações positivas. “Uma imaginação vívida compele o corpo inteiro para obedecê-la” (Aristóteles, SD, como citado em Cooperrider & Whitney, 2005). Este conjunto de técnicas permitiu obter resultados no subdiagnóstico e também o Processo Familiar que passou a ser não disfuncional.

Em termos de ganhos em saúde, com seis consultas a família passou a ter: a Comunicação eficaz/ a Relação Dinâmica Não Disfuncional/ a Satisfação Conjugal Mantida/a Interação de Papéis Eficaz e o *Coping* Familiar Eficaz (Anexo VIII).

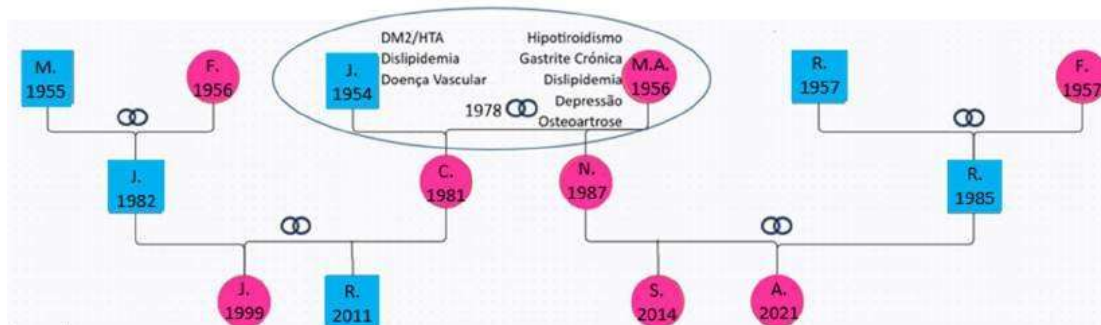
A nível individual, o Sr. M. passou a ter: Conhecimento sobre DM Demonstrado/Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado / Conhecimento sobre Regime de Exercício Demonstrado/ Adesão ao Regime Dietético/ Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada / Autovigilância Demonstrada (Anexo IX).

3.1.3 Família 3

A família três é constituída (Fig. 12) por dois elementos: o Sr. J. de 69 anos, eletricitista reformado, casado há 45 anos com a Sr.^a M.M., de 67, cozinheira reformada. Ambos são

independentes nas AVD's e têm duas filhas em comum. A C. de 42 anos, casada há 24 anos com M., de 41 anos e que tem dois filhos: J. de 24 anos e R. de 12 e a N., de 36 anos, casada há 12 anos com R., de 38, com duas filhas a S. de nove anos e a A. de dois. O Sr. J. foi diagnosticado com HTA e Dislipidemia há sete anos e com DM2 em 2022, tendo prescrita terapêutica oral. A Sr.ª M.M. tem depressão, hipotireoidismo, gastrite crónica e osteoporose.

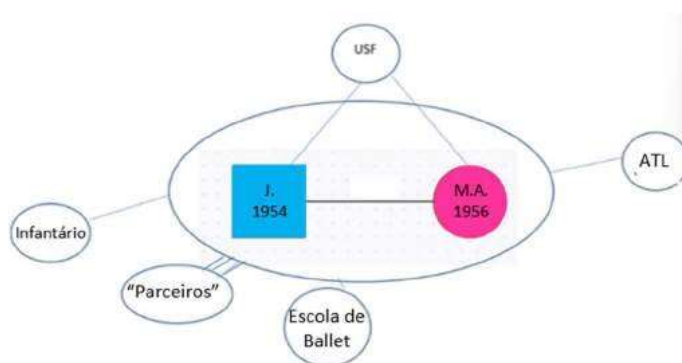
Figura 12- Genograma da Família 3



O Sr. J. e a Sr.ª M.M. têm contacto presencial com filhas, genros e netos diariamente. Com “parceiros” (nome que atribuem aos pais dos genros) presencialmente uma vez por mês, pelo menos e telefonicamente pelo menos uma vez por semana. Ambos com função reguladora social e apoio emocional. Criaram a neta J. como filha. Referem-se aos genros como “filhos que não tiveram”. Como sistemas mais amplos, a família tem contato com a USF para consultas e com a estruturas que envolvem a educação dos netos: Centro de Atividades de Tempos Livres e infantárie atividades extracurriculares, como a escola de Ballet da neta S. (Fig. 13)

A classe social desta família é Média (15 pontos no Graffar Adaptado).

Figura 13- Ecomapa da Família 3



Foram realizadas seis consultas na USF (Quadro 6), sempre com os dois elementos do casal.

Quadro 6 - Resumo das consultas com a Família 3

Família 3						
	1º contacto	2º contacto	3º contacto	4º contacto	5º contacto	6º contacto
Sr.ª M.M.	Risco Ligeiro DM2					
Diagnósticos individuais do Sr. J.	Aceitação Estado Saúde não demonstrada		GRT – Conhecimento DM2 não demonstrado	Adesão Regime Dietético não demonstrada	Adesão Regime Exercício não demonstrada	Autovigilância dos Pés não demonstrada
ACI	MCD® “Viver Numa	Genograma	MCD® “Como Funciona a DM”	MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física+ EM+ Rituais Familiares		MCD® “DM e os Cuidados com os pés”

	Família com DM"			
Dados da Avaliação Familiar	Dados Dimensão Estrutural	-O Sr. J. não está satisfeito com o tempo que estão juntos (1)	-Saturação de ambos no Papel de Parente (2) -Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (3) -A família não recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (3)	
Subdiagnósticos	Identificados forças e recursos na família	Relação Dinâmica Disfuncional (1)	Interação de Papéis Não Eficaz (2) Coping Familiar Não Eficaz (3)	
Diagnósticos		Satisfação Conjugal Não Mantida (1)	Processo Familiar Disfuncional (2,3)	
Intervenções	(1) -Planejar rituais familiares -Motivar para atividades em conjunto			
	(2) - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Colaborar na identificação dos papéis familiares - Avaliar as dimensões não consensuais do papel - Avaliar saturação do papel - Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família - Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família - Promover estratégias de coping para o papel			
	(3) - Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família - Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família			
Técnicas	Co-construção genograma e ecomapa	(1) Rituais Familiares	(2) -Desenho da Família -“Roda da Vida”	(3) -Elogio a Família -Conto Sistémico

Na dimensão desenvolvimental foi alvo de intervenção a Satisfação Conjugal Não Mantida, no âmbito da Relação Dinâmica Disfuncional, por não satisfação do Sr. J com o tempo que está junto da esposa. Através da atividade diagnóstica (questões lineares, de escala e circulares) compreendeu-se que ambos passam “*muito tempo juntos, mas nunca a sós*” (Sr. J.) e que assumem responsabilidades relativas aos três netos mais novos, dedicando muito tempo a tarefas ligadas a eles, o que faz com que não tenham tempo de qualidade a sós. Costumam fazer jantares em família, com as filhas, genros e netos e até com os pais dos genros, com os quais se dão muito bem, no entanto, não costumam ter tempo de qualidade em casal, sozinhos. O Sr. J. refere que “*não sobra tempo para outras coisas, nem para nós*” e demonstra sentimentos de ambivalência, *stress* físico e emocional, referidos na literatura sobre a temática (Rosa, 2018). Já a Sr.^a M.M. diz que é uma “*obrigação deles tomar conta dos netos*” e que acha que os tempos que dedicam às diferentes áreas da vida estão equilibrados, estando satisfeita. Ambos referem que o pouco tempo que passam juntos é porque marcam na agenda “*e com tudo tem que ser assim, dada a quantidade de atividades*”. Desse modo, fez-se recurso da técnica Rituais Familiares para dar resposta às intervenções *Planejar rituais familiares* e *Motivar para atividades em conjunto*, através da sugestão da atividade em que o casal co-constrói uma agenda para seguir em trinta dias, com atividades para fazerem juntos (Reis et al, 2021). Na consulta seguinte, o casal disse que realizou a maior parte das atividades sugeridas por ambos e escolheram dois rituais para manterem: “*O que posso fazer para te sentires amado hoje?*” e “*Tirar um dia só para os dois, em casal*”, tendo definido como periodicidade do primeiro ritual, diário, e do segundo, pelo menos um a vez por semana. Das outras atividades sugeridas tentarão manter algumas no dia-a-dia.

Na dimensão funcional identificou-se o Processo Familiar Disfuncional, pela Interação de Papéis Não Eficaz, por via da saturação do papel de parente de ambos os elementos do casal e o *Coping* Familiar não Eficaz, por via dos membros da família se sentirem insatisfeitos com a forma como discutem este problema em família (de terem muitas tarefas ligadas aos netos) e por não recorrerem a recursos externos na resolução de problemas. Nesta família, o desenho foi utilizado na atividade diagnóstica e intervenção terapêutica (Fig. 14 e 15).

Figura 14 - Desenho Sr. J.

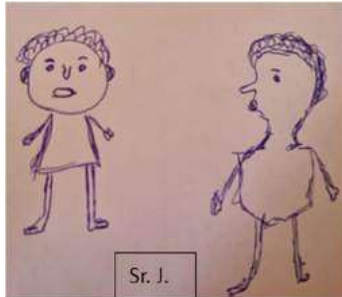


Figura 15 - Desenho Sr.^a M.



O Sr. J. representou a sua família apenas como casal em idade jovem, optando por não desenhar as filhas ou a família alargada, e começou o desenho pela esposa, mostrando a relevância que lhe confere. Já a Sr.^a M. desenhou tanto a si como ao marido e às duas filhas, revelando que o seu conceito de família mantém-se inalterado e não é, para si, apenas o casal. Desenha as filhas em idade escolar e a si e ao seu marido mais jovens, quase como se desenhasse os seus netos na atualidade. Simboliza o lema da família no desenho, por sua vontade, como sendo “*Dar Amor e Receber*”, sublinhando a importância de se “dar” nas relações que estabelece. Iniciou o desenho pela filha mais velha, em seguida a mais nova, o marido e por fim ela mesma, mostrando a importância que atribui aos outros familiares antes de a si mesma e ao marido.

Quanto à Interação de Papéis não Eficaz, devido à dificuldade da Sr.^a M.M. em percecionar a visão do global do impacto das tarefas com os netos na vida de casal, foi sugerida a técnica “Roda da Vida” (Sachweh & Conceição, 2020), de análise sobre as diversas áreas que compõem a vida (Fig. 16).

Figura 16 -Técnica “Roda da Vida”



Adptado de: Sachweh & Conceição (2020)

Com a observação das rodas da vida do Sr. J e da Sr.^a M.M., muito semelhantes, e o questionamento circular, ficou clara a discrepância de tempo investido por ambos em cada área da vida, sendo que afinal o casal estava em concordância de opinião quanto à falta de tempo de qualidade em casal e até para fazerem atividades que gostavam e lhes dava prazer. Foi identificada por ambos a área a que queriam dedicar mais tempo: “*Relação de Casal*” e a área que queriam investir menos tempo, ou pelo menos gerir de uma forma mais eficaz, era o “*Tempo dedicado a tarefas com os netos*”. Esta técnica favoreceu assim a tomada de consciência sobre as esferas que fazem parte do dia-a-dia, a identificação da importância que cada membro da família outorgava aos diferentes âmbitos vitais; clarificou os aspetos que deviam ser trabalhados para melhorar e alcançar maior satisfação; facilitou o processo de tomada de decisão; promoveu a motivação e estimulou a ação, uma vez que proporcionou um foco e fomentou a definição e planificação de objetivos da família.

Para intervir ao nível do *Coping* Não Eficaz, fez-se recurso ao elogio à família, às questões de *coping* e ao conto sistémico, que foi criado especificamente para a família (Quadro 7).

Quadro 7- Conto Sistémico criado e apresentado à Família 3

“Era uma vez, num país longínquo, um casal de cangurus que tinha o sonho de fazer uma viagem de balão de ar quente pelo mundo, indo de país em país. Como tiveram filhos e era algo muito dispendioso, acabaram adiando o sonho para mais tarde, quando os filhos já fossem crescidos e já estivessem na calmaria da reforma, momento em que já teriam juntado dinheiro suficiente. Momento esse que acabou por chegar.

Certo dia, instalou-se na aldeia a Feira Internacional de Balões de Ar Quente. Passando por lá o casal de cangurus, foi abordado por um promotor do evento:

«Querem experimentar um passeio de balão de 15 minutos?». O casal respondeu prontamente que sim. Tudo pronto. Emocionados, subiram para o balão.

Esperaram, esperaram.... mas o balão não subia.

Estranhando, o dono do balão questionou: «Trazem algo dentro dos marsúpios?»

Ao que a senhora canguru respondeu «Trago a minha neta mais pequena, anda sempre comigo, a mãe tem de trabalhar! Trago também o do meio pois precisa do marsúpio da avó para se acalmar!». Já o senhor canguru exclamou: «Eu trago aqui o mais velho! Ele é que já é grande e pesa mais um pouco!»

Perplexo o dono dos balões disse: «Meus senhores, para ingressar nesta viagem só podem ir os dois. O balão tem carga a mais. Devem esvaziar os vossos marsúpios.»

«Mas com quem ficam os nossos filhos com açúcar?» Questionou a Sr.^a canguru, visivelmente aflita.

«Vocês ficam com o açúcar no coração, esse não pesa, pode seguir. Os filhos vão levar aos pais. Há uma viagem que vos espera e os marsúpios dos vossos filhos estão a precisar se serem preenchidos.»

«Preparados?»

O conto é o resultado da construção de uma história metafórica a partir do material trazido pela família e da ressonância do profissional com a presença duma estrutura e vivência do sistema familiar (Sanches & Peixoto, 1996). Apresenta-se como um enigma que fala duma lógica de relação transportada para um tempo e um espaço diferentes, onde frases como “Era uma vez”, “num país longínquo” ajudam a diferenciar a família da história da real e mantêm uma segurança pela distância e pelo tempo (Sanches & Peixoto, 1996). O conto deve ficar incompleto, de forma a que os membros do agregado familiar consigam dar seguimento ao conto e dar-lhe uma conclusão pessoal (Peixoto, 1996). Esta abordagem propõe uma nova maneira de lidar com o problema ao separá-lo da pessoa e de sua identidade, baseando-se na premissa de que a pessoa não é o problema (White, 2012, como

citado em Novis, 2016). Essa dissociação permite que se reconheça a influência dos problemas na vida do sujeito e a influência dele sobre a existência do problema (Novis, 2016). “A virtude de uma história está no poder de inflamar a imaginação (...) na medida em que nossos olhos e corações se abrem, vemos mais claramente a nossa própria história refletida nas histórias dos outros” (Feldman & Kornfield, 1994, p.255, como citado em Novis, 2016). De fato, a partir das ressonâncias com o texto, o Sr. J. e a Sr.^a M.M. estabelecem uma conexão que os manteve interessados na história, que exercitou a imaginação, resgatou experiências vividas e que abriu espaço para novos cenários e significados (Novis, 2016). O desenvolvimento de histórias alternativas favoreceu uma renegociação da identidade e minimizou o poder da história dominante, saturada pelo problema, favorecendo as conversações de re-autoria através da ponte entre o real e o imaginário, numa complementaridade única (Novis, 2016). Assim, o casal definiu que iria reunir com filhas e genros e comunicar a sobrecarga que estão a sentir e informar que assumirão menos responsabilidades com os netos a partir dali, assim como teriam “*o dia de folga para eles em casal*” o que veio a acontecer na sexta consulta, momento em que foram identificados os subdiagnósticos: Relação Dinâmica Não Disfuncional, Interação de Papéis Eficaz e *Coping* Eficaz e os diagnósticos: Satisfação Conjugal Mantida e Processo Familiar Não Disfuncional, sendo estes os ganhos em saúde familiar (Anexo X).

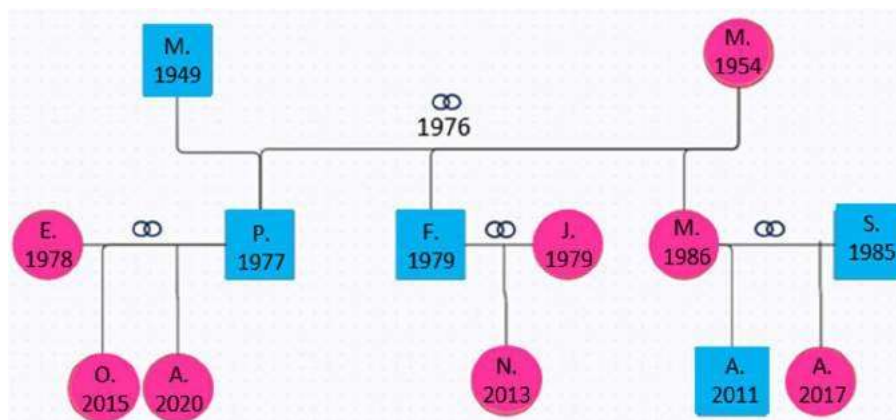
A nível individual (Anexo XI), pretende-se dar destaque à co-construção do Genograma no âmbito da Aceitação do Estado de Saúde Comprometida, por parte do Sr. J relativamente à DM2. Sendo o genograma um instrumento gráfico, facilitou a visão e o entendimento dos processos de saúde-doença no contexto psicossocial e contribuiu para o estabelecimento de estratégias terapêuticas, ampliando as ações de saúde (Muniz & Eisenstein, 2009). O Sr. J teve possibilidade de se ver e de se “sentir” representado no instrumento, facilitando a aceitação da doença, pois ao compreender padrões transgeracionais da mesma, estabeleceu correlações entre fatores hereditários e o processo saúde-doença, situando a DM2 num processo evolutivo e histórico seu, dentro da própria família (Muniz & Eisenstein, 2009). A interatividade da construção do genograma fez com que o Sr. J. se interessasse pela narrativa apresentada e pela própria história familiar, favorecendo o vínculo e a comunicação o que contribuiu positivamente também para a relação terapêutica (Muniz & Eisenstein, 2009). Deste modo, a aproximação com as heranças simbólicas recebidas e transformadas e a criação de um espaço dialógico e relacional propício à transformação das histórias familiares revelou-se bastante útil na aceitação da doença (Dantas et al., 2017), aliada à utilização dos MCD® (já descrita), pelo que no final da sexta consulta identificou-se como resultado a Aceitação do Estado de Saúde não Comprometida.

3.1.4 Família 4

A família quatro é constituída (Fig.17) por dois elementos: o Sr. M. de 74 anos, soldador reformado, casado há 47 anos com a Sr.^a M.L., de 69, cozinheira reformada. Ambos são

independentes nas AVD's e têm três filhos: P. de 46 anos, F. de 44 anos e M. de 37 anos. O Sr. M. e a Sr.^a M.L. estiveram emigrados 25 anos nos Estados Unidos e lá permanecem os filhos de ambos, com as respectivas famílias. P. é arquiteto e é casado com E. de 45 anos e têm duas filhas: O. de oito anos e A. de três. F. é biólogo e é casado com J. de 45 anos, têm uma filha, N., de 10 anos. M. é enfermeira e é casada com S. de 38 anos e ambos têm dois filhos: A. de 12 anos e A. de seis. O Sr. M. foi diagnosticado com DM2 e HTA há 25 anos, tendo retinopatia e polineuropatia periférica, polimedicados (terapêutica oral). A Sr. M.L. tem antecedentes de cancro da mama em 2013 e varizes. O Sr. M. e a Sr.^a M.L. têm contacto com filhos telefonicamente: com P. uma vez por semana; com F. duas vezes por semana e com a M. diariamente. Presencialmente, uma vez por ano. As funções destes contatos são de apoio emocional; companhia e regulação social. Quanto aos sistemas mais amplos (Fig. 18), ambos os elementos da família têm consultas médicas e de enfermagem no Hospital e na USF; frequentam a Igreja católica e convivem com um casal de amigos que vive próximo.

Figura 17- Genograma da Família 4



Legenda:

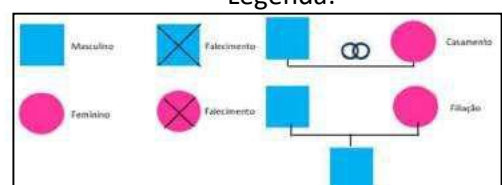
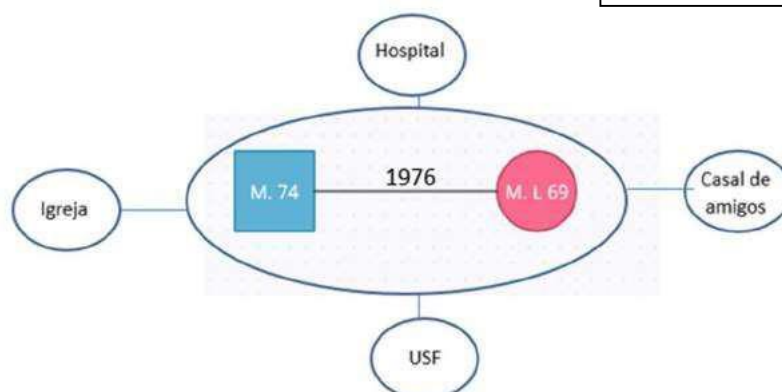


Figura 18 - Ecomapa da Família 4



A classe social desta família é Média (17 pontos no Graffar Adaptado).

Foram realizadas cinco consultas na USF (Quadro 8), sempre com os dois elementos do casal.

Quadro 8 - Resumo das consultas à Família 4

Família 4					
	1º contacto	2º contacto	3º contacto	4º contacto	5º contacto
Sr.ª M. L.	Baixo Risco DM2				
Diagnósticos individuais Sr. M.	Conhecimento DM2 não demonstrado	Gestão Regime Terapêutico não demonstrada	Adesão Regime Dietético não demonstrada	Adesão Regime Exercício não demonstrada	Autovigilância dos Pés não demonstrada
ACI	MCD® “Compreender os inúmeros fatores presentes no tratamento da DM” + Entrevista Motivacional		MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física” + Entrevista Motivacional		MCD® “DM e os Cuidados com os pés”
Dados da Avaliação Familiar	Dados Dimensão Estrutural	- Sr.ª L não satisfeita com a forma com o marido expressa os sentimentos (1)	-Sr.ª L. não está satisfeita com o padrão de comunicação (2)	(3) -Não existe discussão sobre os problemas na família - A família não recorre a recursos externos na resolução de problemas	
Subdiagnósticos	Identificados forças e recursos na família	Relação Dinâmica Disfuncional (1)	Comunicação não eficaz (2)	Coping Familiar Não Eficaz (3)	
Diagnósticos		Satisfação Conjugal Não Mantida (1,2)		Processo Familiar Disfuncional (3)	
Intervenções	(1,2) - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover a comunicação do casal				
	(3) - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Promover estratégias de coping para o papel - Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família - Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família				
Técnicas	-Co-construção genograma e ecomapa	(1) -Desenho do Casal -Cartas Terapêuticas	(2) -Escultura -Questão Milagre e Metáfora	(3) “Linha do Tempo” + Elogio+ Reenquadramento+ Prescrições Paradoxais	

No âmbito da dimensão desenvolvimental, foi alvo de intervenção a Satisfação Conjugal não Mantida, relativa à Relação Dinâmica Disfuncional, por via da insatisfação da Sr.ª L com a forma como o marido expressa os sentimentos e à Comunicação não Eficaz, por via da Sr.ª L. não estar satisfeita com o padrão de comunicação. Pela similitude dos dados que levaram à identificação dos dois subdiagnósticos mencionados, as intervenções sugeridas pelo MDAIF são as mesmas, pelo que se utilizaram técnicas que funcionaram em complementaridade: o Desenho de Casal (Fig, 19 e 20) e as Cartas Terapêuticas e a Escultura, uso da Questão Milagre e da Metáfora.

Figura 19 - Desenho Sr. M



Figura 20 - Desenho Sr.ª M.L.



Os desenhos obtidos revelam duas figuras distantes, estando o Sr. M. num plano superior ao da Sr.ª M.L., em ambos. O Sr. M. começou por se desenharmo, enquanto a Sr.ª M.L. começou pelo marido. Nesta família, o desenho foi utilizado como ferramenta de práticas narrativas, através do recurso à linguagem não-verbal e linguagem imagética, como princípios dialógicos na construção do espaço terapêutico (Biagi-Borges, 2013). A reflexividade dialógica conferida pela produção criativa do desenho permitiu a articulação de perguntas que possibilitou aos membros do casal, a apropriação da autoria da sua obra narrada, abrindo a

possibilidade de novos entendimentos acerca do problema vivido na interação conjugal (Biagi-Borges, 2013).

Em seguida, fez-se recurso da técnica: as cartas terapêuticas, como extensão dos diálogos desenvolvidos na sessão, uma vez que levantam questões reflexivas que convidam o indivíduo a um território inabitado, onde pode buscar resolver seus problemas e co-construir novas realidades, através de uma visão não patologizante do problema, que promove mudanças que podem ser testemunhadas pelos outros membros da família (Paré & Rombach, 2003, como citado em Paiva & Raserá, 2012). Pelo que foi sugerido à Sr.^a L., que após a sessão, escrevesse uma carta ao marido, em que expressasse os seus sentimentos e descrevesse bons momentos que tiveram juntos, com detalhes (alegrias, fantasias ou projetos) e, em seguida, e só nesse momento, dissesse o que a incomoda, o quanto fica triste e o que tem dificuldade em aceitar. Foi pedido ao Sr. M que respondesse igualmente por carta à esposa. Ficaria ao critério deles trazer ou não as cartas à próxima consulta, ou partilhar os seus conteúdos. A escrita criativa contribui para a ativação do hemisfério direito do cérebro, que propicia o desenvolvimento da criatividade, da inteligência emocional e, ainda, garante um equilíbrio entre os dois, o emocional e o racional (Maley, 2012). Ao possibilitar um espaço de distanciamento, esta técnica permitiu a reflexão sobre os eventos, colocando os membros do casal no centro do processo e dando-lhes autoridade para decidir, refletir e descobrir soluções para os seus problemas (Davidson & Birmingham, 2001). O casal escreveu as cartas e conversaram sobre o conteúdo das mesmas, a Sr.^a L referiu que o marido se *“expressou muito mais e melhor no dia-a-dia”* depois disso. Foi ainda associada a técnica Rituais Terapêuticos, após Sr.^a L. contar que o marido lhe escrevia pequenos bilhetes antes de se casarem. Pelo que foi sugerido, ao Sr. M., que surpreendesse a esposa com pequenos bilhetes, como antigamente, que surtiu efeito: *“ele tem escondido bilhetes pela casa quase diariamente, com pequenas frases de namoro”*, que a Sr.^a L. referiu gostar muito.

Com uma melhor expressão de sentimentos de ambos os elementos do casal, foi possível intervir no padrão de comunicação de ambos, tendo-se recorrido à técnica da escultura, que permitiu a representação das relações entre os elementos da família, através da colocação dos seus corpos no espaço, segundo um processo dinâmico, simbólico, ativo e não linear, com o objetivo de expressar percepções, sentimentos, emoções e narrativas, e introduzir mudanças nas histórias e interações familiares (Siqueira, 2020). *“Imaginem que vocês são barro e que cada um de vós é o escultor desse barro. É pretendido que esculpam a imagem que têm sobre a vossa relação no momento atual. Respirem fundo e pensem nessa imagem. Se for mais fácil, fechem os olhos, imaginem uma foto que enviariam a alguém que estivesse do outro lado do mundo e, sem palavras explicativas, a pessoa, ao receber essa imagem, perceberia o que estava esculpido.”* Primeiro, foi pedido à Sr.^a L. e tirada fotografia e, depois, ao Sr. M. e tirada nova fotografia. Ambos fizeram esculturas muito semelhantes: ambos com fâcies sérias, posicionados lado a lado, afastados, voltados para a frente, olhando para a frente, com uma mão esticada um para o outro, mas sem se tocarem. Em

seguida, foi pedido que fizessem uma escultura de quando consideram que foram mais felizes e identificassem o momento. A Sr. L. posicionou-se num abraço apertado que o marido lhe dá, ambos colados de frente um para o outro, sorriem. A Sr.^a L. abraça também o marido. O Sr. M concordou com a escultura da esposa e adotou-a também como sua. Foi tirada nova fotografia para ambas as esculturas. Baseando-se nas três dimensões do funcionamento da família: a comunicação não verbal, a interação no “aqui e agora” e a experiência agida/ vivida de pensamentos, sentimentos e comportamentos, esta técnica fez emergir a ação, a linguagem figurativa, metafórica e corporal, através da exploração das dimensões visuais, simbólicas, físicas e sensoriais relativas à dimensão em análise (Papp et al., 2013, como citado em Siqueira, 2020). A similitude das esculturas foi elogiada, pela sintonia que demonstraram entre ambos.

Em seguida, foi introduzida a Questão Milagre: *“E se amanhã acordassem e, por milagre, estes problemas de comunicação se tivessem resolvido? Como acordam? O que sentem? Como comunicam?”* Esta questão funciona com a metáfora de um “milagre” que levou ao desaparecimento dos problemas da família ou a uma melhora nas suas vidas (De Shazer et al, 2007, como citado em Zatloukal et al., 2019). Através da criação de uma curta história metafórica, reforçada pelo uso de sugestões indiretas, redireciona-se a atenção dos membros da família (De Shazer, 1985 como citado em Zatloukal et al., 2019), por forma a ajudá-los a construir uma visão da vida, no futuro, sem o problema identificado (De Shazer et al. 2007, como citado em Trepper et al. 2006), há um aumento da motivação quanto à possibilidade de mudança (Morejón & Beyebach, 1997). Neste seguimento, foi solicitada uma terceira escultura sobre a relação após “o milagre”. Foi feita uma comparação dentre os três conjuntos de fotografias, através do questionamento circular e com questões reflexivas, concluindo-se que: *“Foi muito importante perceber como vocês se relacionam. O que tinham silenciado, dentro de cada um de vós, passou hoje a ser visível e agora, juntos, podemos decidir o que fazer.”* Questionados sobre estratégias para chegar mais perto da última fotografia, chegam à conclusão de que vão recuperar o ritual familiar de conversarem ao jantar, de televisão desligada. Por fim, foi introduzida a metáfora, ligada à antiga profissão do Sr. M: *“Toda soldagem necessita de uma fonte de calor para que aconteça a fusão perfeita. Assim é o casamento, necessita da comunicação para que haja a ligação entre as duas partes do casal, para que se fundam numa só”*. Em termos de resultados, no final da quinta consulta: os dois primeiros conjuntos de fotografias foram apagados. O casal imprimiu as fotos das esculturas representativas do momento em que foram mais felizes, emolduraram e penduraram em casa. Têm mantido a televisão desligada ao jantar e *“têm tentado fazer uma boa liga”*, estão satisfeitos com o padrão de comunicação e com a expressão de sentimentos, positivando os subdiagnósticos referentes à Satisfação Conjugal que passou a ser Mantida.

Na quarta consulta foi abordado o Processo Familiar Disfuncional, por via do *Coping* Ineficaz, uma vez que Sr. M. referiu que *“se chateiam muitas vezes”* porque a Sr.^a L. *“insiste e não*

usar as melhores coisas que temos” e que a esposa “guardou a vida inteira copos, toalhas, lençóis para as visitas, para os filhos, nunca para nós. Estamos velhos, vamos morrer e fica cá tudo.” A Sr.^a L. concordou que esse sempre foi um problema, desde que se casaram, e que deixaram de falar nele, apesar de existir. *“Ele nunca quis guardar as coisas, eu prefiro guardar porque sei que depois tenho, se precisar...”*. Assim, identificou-se que não há discussão deste problema na família e que o casal não recorre a recursos externos para o resolver. Para dar resposta às intervenções sugeridas no MDAIF neste âmbito, fez-se recurso da dinâmica “Linha do Tempo” associada ao elogio da família, questões de *coping*, do Reenquadramento, e das Prescrições Paradoxais.

Através da dinâmica “Linha do Tempo” do casal avaliou-se o desenvolvimento familiar, listando os acontecimentos vitais, os impactos que provocaram, correlacionando-os cronologicamente com os problemas atuais (Oliveira, 2019, como citado em Fonseca et al, 2022). O elogio de uma relação de muitos anos, que passou por muitas provações, facilitou a introdução da Conotação Positiva ao problema: *a Sr.^a M guarda tudo o que de melhor tem, porque quer garantir a abundância na vida de ambos. Apesar de ser a mais nova de três irmãos teve de “cuidar deles”, por ser a única filha mulher e teve de gerir a escassez que tinham em casa durante muito tempo e por isso sentir necessidade de “guardar o que tem para ter depois”*. Esta técnica permitiu interromper os ciclos de feedback positivo que mantinham o problema, introduzindo maior flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua monotonia (Barbosa et al, 2022). Dando foco às causas positivas do problema, em detrimento das causas negativas, valorizou-se não o sintoma em si, mas a sua relação com outros comportamentos mais importantes, para os quais ele funcionava como solução (Barbosa et al, 2022). Isto permitiu colocar os membros da família no mesmo plano e conotar positivamente a tendência homeostática para introduzir paradoxalmente a capacidade de transformação do sistema familiar, reenquadrando os problemas identificados, como se possuísem uma função protetora do mesmo (Barbosa et al, 2022). O reenquadramento surge, assim, antes das prescrições paradoxais propositadamente, visando uma reformulação das interpretações cristalizadas, apresentando possibilidades alternativas de uma retroação significativa na família (Torres, 1995).

Por último, introduziu-se então as Prescrições Paradoxais, que de acordo com Papp (1980, p.46) é aquela que, “se seguida, alcançará o oposto do que aparentemente se pretendia realizar” (como citado em Cullin, 2005). Sugiro à Sr.^a L. que se mantenha a fazer isso mesmo: que *“guarde tudo o que de melhor tem para os outros. Continue a usar as coisas mais usadas, com cores mais tristes, a menos especiais, de menor valor, as mais corriqueiras para si e para o seu marido!”*. Deste modo, foram transmitidas em simultâneo duas mensagens contraditórias: a verbal em que houve uma diretiva de não mudança, e a não verbal, onde houve uma proposta de mudança (Palazzoli 1981, cit. por Cullin, 2005). O objetivo foi o não cumprimento propriamente dito, mas a interrupção da sequência desse comportamento sintomático (Zordan et al., 2012). Foi pedido à Sr.^a L. que tornasse o comportamento inconveniente em algo deliberado, passando a ser possível o seu controlo e

transformação, uma vez que quanto mais tentasse reproduzir o sintoma, intencionalmente, mais será incapaz de o fazer, o que iria diminuí-lo e até eliminá-lo (Lamb, 1980). Esta técnica está indicada para enfraquecer colisões familiares resistentes à mudança (West & Zarski, 2011) e para ter eficácia, o real objetivo não foi revelado à família, pois diminuiria a sua eficácia (Cullin, 2005; Zordan et al., 2012). Como resultado, a Sr.^a L. fez exatamente o contrário do que lhe foi prescrito: começou a usar toalhas de banho e mesa que tinha guardadas e referiu que *“a princípio foi difícil, mas que rendeu boas conversas, com recordações nossas”*. Sentiu que se valorizava, ao marido e à relação ao fazê-lo. Deste modo, o Processo Familiar passou a ser Funcional e o *Coping* Eficaz (Anexo XII). Como ganhos em saúde familiar, pode-se referir: Comunicação Eficaz, Relação Dinâmica Funcional, Satisfação Conjugal Mantida, *Coping* Eficaz e Processo Familiar Funcional.

A título individual, os ganhos em saúde alicerçaram-se no: Conhecimento sobre DM Demonstrado, Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado, Conhecimento sobre Regime de Exercício Demonstrado, Adesão ao Regime Dietético Demonstrado e Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado (descritos no Anexo XIII).

3.1.5 Família 5

A família cinco é constituída por dois elementos (Fig. 21): o Sr. M. de 67 anos, optometrista, casado há 43 anos com a Sr.^a M.F., de 66, dona de um cabeleireiro. Ambos são independentes nas AVD's e têm dois filhos: F, de 36 anos, solteiro e vive sozinho e H. de 40 anos, que é casado com D., de 35 e têm um filho, R. de dois anos. O Sr. M é fumador e foi diagnosticado com dislipidemia e DM2 há 13 anos, estando polimedicados com terapêutica oral. A esposa foi diagnosticada com HTA na mesma altura.

Figura 21- Genograma Família 5

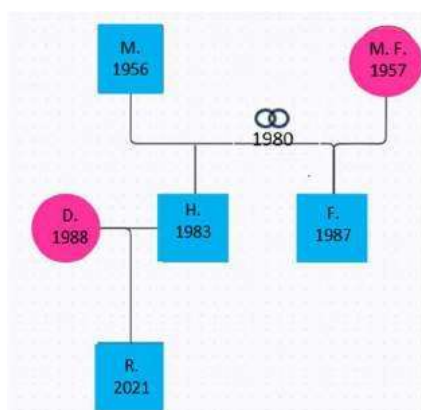
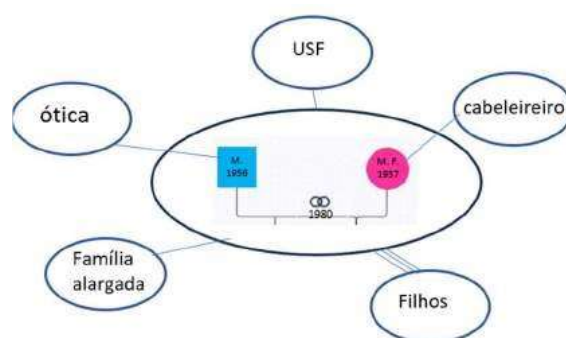


Figura 22- Ecomapa Família 5



O Sr. M e a Sr.^a M.F. têm contacto telefónico diário com ambos os filhos e presencialmente uma vez por semana. Contactam ainda com família extensa diariamente por via do grupo WhatsApp (irmãos, cunhados, sobrinhos). As funções destes contatos são de apoio emocional; companhia e regulação social. Em termos de sistemas mais amplos (Fig. 22), o Sr. M. tem contato com a sua equipa de trabalho, na sua ótica, Sr.^a M.F. com a sua equipa, no seu cabeleireiro e ambos com a USF, para consultas médicas e de enfermagem.

A classe social desta família é Média Alta (12 pontos no Graffar Adaptado).

Foram realizadas seis consultas na USF (Quadro 9), sempre com os dois elementos do casal.

Quadro 9 - Resumo das consultas com a Família 5

Família 5						
	1º contacto	2º contacto	3º contacto	4º contacto	5º contacto	6º contacto
Sr.ª M.F.	Alto Risco de DM2					
Diagnósticos Sr. M.	Aceitação Estado Saúde não demonstrada		GRT – Conhecimento DM2 não demonstrado	Adesão Regime Dietético e Medicamento so não demonstrada	Abuso Tabaco	Autovigilância – dos Pés não demonstrada
Intervenções Sr. M.	MCD® “Viver Numa Família com DM”	Genograma	MCD® “Como Funciona a DM”	MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física” + EM	MCD® “Compreender os inúmeros fatores presentes no tratamento da DM” + EM+ Externalização	MCD® “A DM e os Cuidados com os pés”
ACI	Dados Dimensão Estrutural	(1)- Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como se discutem os problemas - A família não recorre a recursos externos na resolução de problemas			(2) -Não satisfação da Sr.ª L. com a partilha tarefas domésticas -Sr.ª L. - saturação Papel Cuidado Doméstico (3)	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Não Eficaz (1)			Relação Dinâmica Disfuncional (2) Interação de Papéis não eficaz (3)		
Diagnóstico	Identificadas forças família	Processo Familiar Disfuncional (1,3)			Satisfação Conjugal Não Mantida (2)	
	(1) - Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família - Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família (2,3) - Promover a comunicação expressiva das emoções - Colaborar na identificação dos papéis familiares - Avaliar as dimensões não consensuais do papel - Avaliar saturação do papel - Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família - Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família - Promover estratégias de coping para o papel					
Técnicas	-Co-construção genograma e ecomapa	-Genograma -Metáfora -Elogio à Família -Conto Sistémico			-Exceção -Reenquadramento/ -Elogio à Família	

Logo na primeira consulta, como em todas as outras famílias, foi abordada a Aceitação do Estado de Saúde, pelo Sr. M. que, apesar de estar diagnosticado com DM2 há 13 anos ainda não aceitava tal facto. Isto despoletou problemas a nível familiar, uma vez que a Sr.ª M.F. não estava satisfeita com a forma como se discutia este problema e a família não recorria a recursos externos para o resolver. Deste modo, identificou-se o Processo Familiar Disfuncional, por via do *Coping* Ineficaz. Fez-se recurso ao conto sistémico criado especificamente para esta família (Quadro 10) onde através de um paralelo metafórico ao problema criou-se uma ponte criativa (recursos) e uma validação e desenvolvimento da mudança (Keeney, citado por Zatloukal *et al*, 2019).

Quadro 10- Conto Sistémico criado e apresentado à Família 5

“Era uma vez, numa aldeia perdida da Amazónia uma mulher indígena que tinha dois filhos gémeos: Kaluanã e Biara. Tinham 7 anos.
Kaluanã padecia de um mal: “coceirinhas de meia-noite”, se bebesse água da fonte cintilante coçava-se até

sair a pele. Já o seu irmão não tinha qualquer problema em beber da fonte, nem padecia de qualquer mal. Um dia Kaluanã participou num ritual da aldeia e voltou todo inchado e com feridas no corpo por se ter coçado. Chegou a casa e caiu nos braços da sua mãe a chorar:

-Porque isto só me acontece a mim mãe?!Ninguém na família é como eu!

-Aí é que te enganas Kaluanã. Eu sofro do mesmo mal que tu!

-Não posso acreditar! Nunca disseste nada!

-Pois não..., mas posso te dizer que o teu avô, a teu bisavô e alguns irmãos meus também têm coceirinhas de meia-noite. E vou te dizer mais...o Xamã Espírito-da-Noite também tem coceirinhas!

-A sério?? Mas eu nunca vos vi assim como eu estou agora!!

-Nunca nos viste em crise porque nos cuidamos para que isso não aconteça. Não comemos o que nos faz mal e tomamos a seiva mágica, que não gostas nada, todos os dias...Fazemos tudo como deve ser!

-Eu estou cansado desta maldição mãe!

-Kaluanã! Não mal digas a história dos teus ancestrais, o presente que te deram! Eles nos usaram para mostrar aos outros como viver na dificuldade, como ultrapassar obstáculos diariamente!

-Mas mãe...eu só queria ser como os outros...e não viver uma batalha todos os dias com o meu corpo!

-Lutas de maneira errada Kaluanã! Tens gasto a tua energia no foco errado. Deves te aliar ao teu corpo e lutarem juntos para ganharem a guerra, para viverem muitos e muitos anos em equilíbrio, com sabedoria! Não podes mudar o teu corpo, mas podes mudar o lado em que lutas. Vê o que aconteceu ao nosso querido amigo Asas-Brilhantes...partiu para o mundo dos Deuses da Amazônia por complicações das coceirinhas...ele nunca aceitou e levou uma vida a beber água fresca da fonte cintilante... Foi se matando por dentro. Nunca reconheceu o presente que os ancestrais lhe ofereceram ainda em útero.

- Mãe...eu nunca tinha olhado para as coceirinhas assim...um presente?!

- Os Deuses da Amazônia sabem o que fazem Kaluanã e acharam-te com sabedoria para lidares com as coceirinhas, para encontrares a melhor estratégia de luta, para ensinares outros através da tua vida, para conheceres o teu corpo como ninguém e através disso conheceres a tua alma. Kaluanã quer dizer Grande Guerreiro, sabes disso.

Kaluanã foi descansar sob a luz da lua, com os pensamentos em tudo o que a sua mãe lhe dissera. O Xamã sentiu a energia do que ali tinha acontecido e resolveu visitar a mãe de Kaluanã e disse-lhe:

-Mulher, foste corajosa em mostrar ao teu filho a beleza da guerra que tem pela frente. Ele entendeu como deve lutar para ganhar, e mais do que isso, para se conhecer a si mesmo. A partir de amanhã deixarás de sentir que o teu filho tem duas versões, como até aqui: Kaluanã (Grande Guerreiro) e Biara (Refugiado da Guerra). Amanhã o teu filho acordará apenas como Kaluanã e o Biara que existia dentro dele nunca mais se manifestará. E será assim para Sempre.”

O conto permitiu falar abertamente sobre a doença e as suas metáforas e, até mesmo, criar novas. Mesmo transfiguradas pela roupagem literária, as mensagens utilizadas foram dotadas de originalidade e não deixaram de se alimentar das metáforas e das referências circulantes sobre a doença do indivíduo (Silveira & Silveira, 2016). A partir das ressonâncias com o texto, o Sr. M. estabeleceu uma conexão que o manteve interessado na história, que exercitou a imaginação, resgatou experiências vividas e que abriu espaço para novos cenários e significados (Novis,2016). O desenvolvimento de histórias alternativas favoreceu uma renegociação da identidade e minimizou o poder da história dominante, saturada pelo problema, favorecendo as conversações de re-autoria através daponte entre o real e o imaginário, numa complementaridade única (Novis, 2016), que foi avaliada pelo questionamento feito depois do conto. Na sexta consulta foi possível positivaro diagnóstico da Aceitação do Estado de Saúde, pelo que o problema que estava na base doCoping não Eficaz ficou resolvido, o que permitiu a positivação deste subdiagnóstico, que foi validado com um Elogio à Família.

Identificou-se ainda os subdiagnósticos Relação Dinâmica do Casal Disfuncional e Interação de Papéis não Eficaz, por via da insatisfação da Sr.^a M.F. com a divisão das tarefas domésticas e a sua Saturação no Papel Cuidado Doméstico: “*Eu trabalho como ele, e ainda*

tenho que fazer tudo em casa". Através do questionamento circular obteve-se o seguinte dado do Sr. M.: *"Eu fazia as tarefas em casa, tantas como a minha esposa porque trabalhamos os dois. A questão é que ela andava sempre atrás de mim refazer o que eu já tinha feito, porque achava que não fazia as coisas bem. O pior é que ela nem percebia o que estava a fazer! Então decidi parar de fazer seja o que for."* Para dar resposta às intervenções preconizadas pelo MDAIF neste âmbito, foi introduzida a procura da exceção no discurso da Sr.^a M.F.: *"Quais as tarefas que o Sr. M fazia bem e a Sr.^a não tinha necessidade de refazer?"* Tal como já descrito anteriormente, as exceções identificadas foram ressaltadas nas narrativas desencorajadoras (Paiva & Rasera, 2012), promovendo uma linguagem de transição, um movimento de linguagem de uma postura para outra, realçando a interligação entre a ação e o resultado (Paiva & Rasera, 2012). Esta técnica contribuiu para a Sr.^a M.L. identificar as seguintes tarefas que o Sr. M. realizava eficazmente: levar o lixo à rua, lavar o carro, regar as plantas, desinfetar as compras que chegam do mercado e pôr as roupas sujas no cesto.

Fazendo um paralelismo, é questionado à Sr.^a M.F. sobre que atividades costuma deixar o neto R. de dois anos fazer em casa, que responde que incentiva o neto a arrumar os brinquedos, separar itens para tomar banho, ir buscar água, regar plantas, pôr roupa suja no cesto, por lixo no caixote. Deste modo, questionou-se à Sr.^a M.F.: *"Vê alguma semelhança no tipo de atividades que permite ao seu marido e ao seu neto?"*, ao que respondeu: *"Sim, são simples...semelhantes..."* (enquanto olhava para baixo, como que envergonhada). Esta questão surtiu o efeito desejado: a consciencialização do comportamento que a Sr.^a M.F. estava a ter com o marido. Em seguida foi questionada: *"O que aconteceria se a Sr.^a M. F. refizesse todas as atividades que o neto R. tivesse feito?"* ao que respondeu: *"Isso não podia ser! Se eu fosse refazer tudo o R. não ia querer fazer mais nada! Ia ficar chateado comigo e nunca mais me ajudava em nada, nem tinha iniciativa! Porque eu quero é que o R. faça as coisas, bem ou mal...é sempre um processo de aprendizagem. Fico muito feliz com o que quer que ele faça. Ele não sou eu...não posso ser exigente..."* (enquanto diz esta última frase arregala os olhos, num misto aparente de surpresa e vergonha). Por fim, questionou-se: *"O que costuma fazer quando o seu neto R. faz tarefas que considera menos bem feitas?"* ao que respondeu *"Costumo elogiá-lo sempre que faz alguma atividade e incentiva-lo a melhorar se for o caso. É muito importante que ele se sinta acolhido e validado..."*. Logo de imediato a Sr.^a M.F. reconheceu e verbalizou que deveria utilizar as mesmas estratégias com o seu marido e compreendeu a importância do Sr. M. também se sentir acolhido e validado por ela. Em seguida fez-se recurso da conotação positiva para reenquadrar os sintomas em cada um dos elementos trouxe para o espaço terapêutico, em que o Sr. M. diz chegou à conclusão que esposa refazia tudo, *"porque procurava a perfeição em tudo"* e que *"era a forma dela mostrar que o amava, ainda que de uma forma estranha, fazendo tudo sempre o mais perfeito em casa"*. Já a Sr.^a M.F. concluiu que o marido fazia as tarefas porque *"queria dividir o trabalho pelos dois"*, porque a respeitava, sabia que ela também trabalhava todo o dia fora e *"deixou de fazer as tarefas para não alimentar as nossas*

discussões sobre estes assuntos e desgastar a relação...". Com estas alterações de significado, interrompeu-se os ciclos de feedback positivo que mantinham o problema, introduzindo maior flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua monotonia, pelo que se questionou, por fim, que tipo de estratégias poderiam utilizar a partir dali. O Sr. M disse que voltaria a fazer as atividades iniciais que a esposa não tinha por hábito refazer e recomeçar a fazer outras atividades. A Sr.^a L. comprometeu-se a incentivar o marido a fazer as atividades domésticas e elogiar sempre que possível, não refazendo em seguida. Deste modo, a Relação Dinâmica passou a Funcional e a Satisfação Conjugal a Mantida, assim como a Interação de passou a Eficaz e o Processo Familiar a Funcional, sendo estes os ganhos na saúde familiar, acrescidos do *Coping* Familiar Eficaz (Anexo XIV).

A nível individual (Anexo XV), fez-se recurso ao genograma sendo que o Sr. M. compreendeu que tinha história familiar de DM2 pelo lado materno: *"Assim já me é mais fácil perceber de onde vem. Nunca tinha associado que tinha tantos familiares com esta doença."* Uma vez que a aceitação da doença pode melhorar com intervenções educativas, fez-se recursode vários MCD®, na medida em que abordagem cognitivo-comportamental tem sido utilizada para promover mudanças comportamentais necessárias e influenciar a percepção dos *stressores* (Bertolin et al., 2015). O fornecimento de informações claras e consistentes sobre a doença e o tratamento foi considerado um facilitador à adaptação à DM2 (Bertolin et al., 2015). Fez ainda recurso à técnica da externalização, dentro da entrevista motivacional, no âmbito da intervenção *Incentivar a cessação tabágica*, uma vez que o Sr. M. fumava 10 cigarros há 55 anos e referia que se deixasse de fumar *"o bicho que morava nele morria"* eo Sr. M. *"morreria também"*. Esta técnica estimulou o Sr. M. a visualizar-se de forma separada das suas descrições problemáticas, tornando os problemas externos ao ponto de poderem ser tocados, o que favorece, um conjunto de soluções sem culpa (Cesar, 2008). Seguindo uma filosofia que se recusa a patologizar a pessoa (Denborough, 2013, como citado em Novis, 2016) a externalização buscou compreender a influência que o problema tinha sobre a vida do Sr. M e que ele tinha sobre a vida do problema (Cesar, 2008). *"O bicho"* foi colocado num espaço discursivo no qual e a partir do qual, foram criadas novas opções de ação para lidar com o mesmo (Santos, Lopes & Neufeld, 2013). Desta forma houve um processo de desconstrução e reconstrução, através da escuta empática e do questionamento, que favoreceram a objetivação *"do bicho"* e o mapeamento dos seus efeitos na vida do Sr. M. (White, 2007, como citado em Batista et al, S/D). Houve assim um convite implícito para que o Sr. M. não desse poder *"ao bicho"*, recuperando, assim, a autoria sobre a sua vida (Gonçalves & Henriques, 2000, como citado em Batista et al, S/D), aceitando também ajuda médica neste sentido, pelo que foi referenciado. No final da sexta consulta o Sr. M. já tinha reduzido o número de cigarros para cinco e já não tinha *"medo de morrer"* por isso. Este foi um dos ganhos em saúde a nível individual, assim como a Aceitação do Estado de Saúde Demonstrada/ Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado / Adesão ao Regime Dietético/ Gestão do Regime Terapêutico Demonstrado e Conhecimento sobre Vigilância dos Pés Demonstrado.

3.1.6 Família 6

A família seis é constituída por dois elementos (Fig. 23): o Sr. J. de 86 anos, reformado, casado há 63 anos com a Sr.^a M.L., de 81, gaspeadeira reformada. Ambos são independentes nas AVD's e têm três filhas: M, de 63 anos, M.F de 56 e C. de 50. M. é casada com V, de 62 anos e têm um filho, H de 40, que por sua vez é casado com C. de 35 e têm um filho: D. de 4 anos. M.F. é divorciada e vive com o filho J. de 26 anos e com as duas netas B. de quatro anos e M. de três, frutos de dois casamentos terminados de J. A filha C. é casada com V. de 52 anos e têm N. de 22 anos. O Sr. J. e a Sr. M.L. assim como as suas filhas são católicos e tiveram sempre contato com a igreja, assumindo funções como catequistas e no coro local. A Sr.^a M.L. foi diagnosticada com HTA, fibrilação auricular e dislipidemia há 13 anos e com DM2 há quatro anos, polimedicados com terapêutica oral, tem varizes e já foi submetida a histerectomia total por carcinoma da vulva em 2021. O Sr. J. é ex-fumador também tem FA sob hipocoagulação oral, HTA tendo tido um enfarte há alguns anos sem sequelas, assim como bronquite e hiperplasia benigna da próstata.

Figura 23- Genograma da Família 6

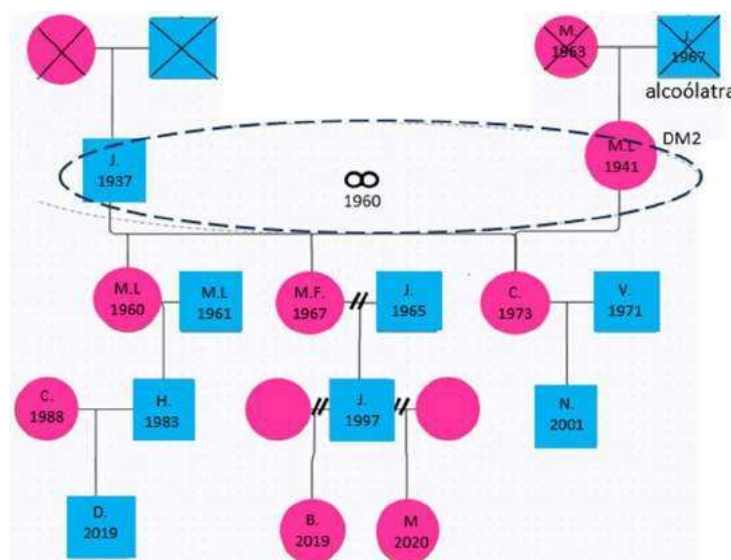
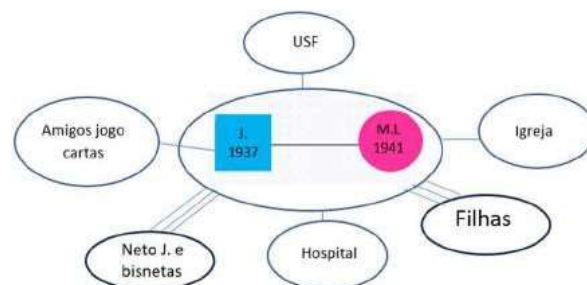


Figura 24 - Ecomapa da Família 6



O contacto com família extensa é diário com filha C., que almoça todos os dias na casa da família seis. O Sr. J. e a Sr.^a M.L. criaram neto N., tendo um vínculo forte com o mesmo. Têm contacto presencial com as outras duas filhas uma vez por semana e telefonicamente todos os dias. Estes contatos têm como função: apoio social e regulação social. Em termos

de sistema mais amplos (figura 24), a família tem contato com a USF para consultas médicas e de enfermagem assim como no hospital e com a igreja, como já descrito. O Sr. J. contata com os amigos diariamente para jogar as cartas no café.

A classe social da família 6 é média baixa (20 pontos no Graffar Adaptado).

Foram realizadas seis consultas domiciliárias (Quadro 11), majoritariamente com os dois elementos do casal.

Quadro 11 - Resumo das consultas com a família 6

Família 6						
	1º contacto	2º contacto	3º contacto	4º contacto	5º contacto	6º contacto
Sr. J.	Baixo Risco de DM2					
Diagnósticos Sr.ª L.	Conhecimento DM2 não Demonstrado	Gestão Regime Terapêutico não Demonstrado	Adesão ao Regime Dietético não Demonstrada		Adesão ao Regime Exercício não Demonstrado	Autovigilância dos Pés não demonstrada
ACI	MCD® “Como Funciona a DM”		MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física” + Entrevista Motivacional			MCD® “A DM e os Cuidados com os pés”
Dados da Avaliação Familiar	Dados Dimensão Estrutural	-Sr.ª L. não está satisfeita com o tempo que passam juntos (1)		-Não satisfação do Sr. J. com o padrão de comunicação nem com a forma como a Sr.ª M.L. expressam os sentimentos (2) - Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como se discutem os problemas e a família não recorre a recursos externos na resolução de problemas (3)		
Subdiagnósticos	Identificadas forças família	Relação Dinâmica Disfuncional (1)		Comunicação Não Eficaz (2) Coping Familiar Não Eficaz (3)		
Diagnósticos		Satisfação Conjugal Não Mantida (1)			Processo Familiar Disfuncional (3)	
Intervenções	(1) - Planear rituais familiares - Motivar para atividades em conjunto - Promover a comunicação do casal					
	(2) -Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover a comunicação do casal - Planear rituais familiares - Motivar para atividades em conjunto					
	(3) - Promover estratégias adaptativas/coping na Família - Negociar estratégias adaptativas/coping na Família					
Técnicas	-Co-construção genograma e ecomapa	-Reenquadramento -Questão Milagre -Rituais Familiares		-Elogio a Família -Metáfora		

Através da atividade diagnóstica, foi possível identificar que Sr.ª L. não estava satisfeita com o tempo que passava junto com o marido. Referiu que todas as tardes ficava sozinha em casa enquanto o marido ia jogar cartas com os amigos e que costumava acompanhar o terço na televisão, sempre ao fim da tarde, na sala, enquanto o marido fazia exatamente o mesmo, só que na cozinha, o que a entristecia. Acrescentou já ter “*conversado com o marido sobre o assunto há anos atrás, sem sucesso e desistiu*”. O Sr. J sublinhou a importância do tempo com os amigos e a esposa também “*ter tempo para as coisas dela*”. Referiu que assistia o terço noutra divisão porque era um momento de recolhimento, pelo que não via necessidade de estarem juntos a fazê-lo. Este problema fazia com que a Sr.ª M.L. passasse “*longos períodos sem falar com o marido*”, numa postura de mutismo, sem lhe explicar a razão, vindo isto a acontecer há vários anos. Deste modo, foi identificado o subdiagnóstico Relação Dinâmica Disfuncional por não satisfação do casal com o tempo que passam juntos

e Comunicação não Eficaz. Para dar resposta às intervenções sugeridas pelo MDAIF neste âmbito, fez-se recurso do Reenquadramento e a os Rituais Familiares.

Para interromper os ciclos de feedback positivo que mantinham o problema, foi introduzida maior flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua monotonia, através do foco nas causas positivas do problema, em detrimento das causas negativas, valorizando não o sintoma em si mas a sua relação com outros comportamentos mais importantes, para os quais ele funcionava como solução (Barbosa et al, 2022). Depois da aplicação da técnica a Sr.^a M.L. compreendeu que o marido saía de casa para respeitar a sua individualidade e “*não a aborrecer com as coisas dele*”, sendo que o Sr. J referiu que começou a ir jogar exatamente para a esposa “*ter tempo para conversar com as vizinhas em paz e fazer o crochê dela*”. O Sr. J compreendeu que a esposa ficava calada para “*não o ferir com palavras, uma vez que estava triste com ele*”, preferindo se recolher e também não o magoar. Deste modo, o objetivo da utilização desta técnica foi alcançado, através da conotação positiva e consequente alteração de significado atribuído ao sintoma trazido ao espaço terapêutico por cada um dos elementos da família (Barbosa et al, 2022).

Em seguida foi introduzida a Questão Milagre: “*Imagem que um dia por milagre acordam e este problema não existe. Como estão? O que sentem? Como é a vossa tarde? O que mudou?*”, através da qual o casal descreveu uma tarde em que fazem atividades juntos, conversam um com o outro e estão ambos satisfeitos. Desta forma, redirecionou-se a atenção da Sr.^a M.L. e do Sr. J. (De Shazer, 1985, como citado em Zatloukal al., 2019), por forma a ajudá-los a construir uma visão da vida no futuro, sem o problema identificado (De Shazer et al. 2007, como citado em Trepper et al. 2006), contribuindo para o aumento da motivação quanto à possibilidade de mudança (Morejón & Beyebach, 1997) pelos membros do casal.

Em seguida, optou-se pela técnica Rituais Terapêuticos, através da qual o casal identificou que pretendia passar mais tardes juntos e que iriam recuperar rituais de casal antigos: “*assistir à transmissão do terço juntos à tarde, ir à missa aos sábados às 18h e passear à beira-rio aos domingos de manhã*”. Definiram em conjunto as ações, a repetição, a ordem, a preparação para as ações, hora, ritmo de repetição e sequência, sendo que o enfermeiro criou o espaço terapêutico para que isso acontecesse e apenas interveio na identificação dos detalhes a serem necessários definir. Na sexta consulta havia satisfação do casal com o tempo que passavam juntos, pelo que a Relação Dinâmica passou a ser Não Disfuncional.

Quanto ao “tratamento de silêncio” que a Sr.^a M.L. dava ao marido quando discordavam em algo, levava à Comunicação não eficaz, por via da não satisfação com o padrão de comunicação e da insatisfação do Sr. J. com a forma como a Sr.^a M.L. expressa os sentimentos. Pela mesma razão, foi identificado o *Coping* Não Eficaz, uma vez que os membros da família não se sentiam satisfeitos com a forma como discutiam os problemas, em concreto o comportamento recorrente de mutismo da Sr.^a M.L. e o fato da família não

recorrer a recursos externos na resolução de problemas. Desta forma, compreende-se que resolver as questões relativas à comunicação dentro da díade resolveria os problemas a nível do *coping*, pelo que para dar resposta às intervenções sugeridas no MDAIF, fez-se recurso ao mesmo conjunto de técnicas. O primeiro passo foi tentar perceber se este era um padrão que vinha da família de origem da Sr.^a M.L. Com a atividade diagnóstica e o uso do genograma, foi possível perceber que a mãe da Sr.^a M.L. tinha este mesmo comportamento com o marido, que era alcoólatra. *“Era a única arma que ela tinha para ele não beber. Podiam passar semanas em que só falavam o essencial. Às vezes nem bom dia dizia ao meu pai.”* Assim, foi pedido à Sr.^a M.L. que contasse as histórias dos pais, com o objetivo de descrever o ciclo de feedback positivo do problema dos pais e prescrever ela mesma estratégias para quebrá-lo. A Sr.^a M.L. identificou que o pai ia para o café beber todas as tardes e que quando voltava alcoolizado, no dia seguinte a mãe já não lhe falava. Quando questionada sobre a eficácia desse método respondeu: *“Ela ficava tanto tempo e tantas vezes sem lhe falar que às tantas o meu pai nem sabia o que se tinha passado e vinha perguntar a minha e aos meus irmãos.”* e acrescentou *“Não resolvia o problema, só trazia mau ambiente”*. Quando questionada sobre possíveis estratégias de comunicação que a mãe podia ter utilizado, a Sr.^a M.L. referiu que *“Eles deviam ter conversado mais. A minha mãe devia ter contado ao meu pai o medo que tinha que ele lhe batesse, como o pai dela fazia à sua mãe. Mas falava connosco em vez de falar com ele. Por isso ela tinha terror do álcool e dos seus efeitos.”* Com esta resposta o Sr. J. interveio e disse *“M.L. eu nunca te toquei! E não sou nenhum alcoólico, sabes disso!”*, ao que Sr.^a M.L. respondeu confusa *“Não estamos a falar de ti J. É dos meus pais!”* ao que o Sr. J. devolveu: *“Estamos sim! A história é a mesma!”*. Foi dado espaço à Sr.^a M.L. para pensar sobre esta informação, que não assumiu verbalmente na sessão, pelo que foi sugerido que fizesse recurso de Cartas Terapêuticas no intervalo até à sessão seguinte. Foi pedido à Sr.^a M.L. que escrevesse uma carta aos seus pais, contando a sua perspetiva de filha da história deles e sugerisse alterações de comportamento parte a parte.

Com o questionamento após realização da carta, a Sr.^a M.L. identificou que os pontos em comum entre a sua história e a dos pais eram apenas ao facto do marido ir ao café todos os dias. Para identificação dos pontos díspares entre as histórias, questionou-se a Sr.^a M.L.: *Quantas vezes, em 63 anos de casados, viu o seu marido alcoolizado?* Ao que respondeu: *nenhuma*. À questão: *Quantas vezes, em 63 anos de casados, o seu marido lhe bateu?* A resposta foi: *nenhuma*. *Quantas vezes, o seu marido veio agressivo do café?* A resposta foi: *nenhuma*. Por fim, a Sr.^a L. assumiu que haviam mais pontos diferentes do que iguais entre ambas as histórias e que tinha na verdade *“medo que o marido fosse para o café consumir álcool”* e como mecanismo de defesa utilizava o mutismo. *São histórias diferentes, os seus pais já não podem mudar a história deles, mas vocês têm esse poder. Querem reescrever a vossa história?* Ambos concordaram e assentiram.

Quando a Sr.^a M.L. foi questionada: *Se o seu marido fosse jogar cartas em outro sítio que não o café, o que mudaria?* Ao que respondeu: *Tudo! O que me aflige é ele estar no café!* Ao que o Sr. J. interveio de imediato e disse: *Já podias ter dito. Não meto mais os pés no café! Quando for jogo no parque, acabou-se!* Fez-se ainda recurso do questionamento circular para identificar os sentimentos de ambos quando o mutismo se instalava e por fim, a Sr.^a M.L. foi questionada se o mutismo da mãe ajudava a que o pai não consumisse álcool, ao que assumiu: *Nada... Ele estava sempre bêbado à mesma!* Como estratégias para a história dos seus pais, a Sr.^a M.L. tinha identificado na carta *“momentos a sós, uma simples conversa sincera”*. Quando questionada se poderia utilizar essas estratégias na sua história para ter um final feliz, a resposta foi *“Claro...É o que faz mais sentido. Vamos fazer diferente.”* Ao que o marido respondeu: *“Vamos fazer diferente e ter um final diferente para nós.”*

A utilização da metáfora da vida/história/final feliz permitiu entrar no sistema terapêutico e representar comportamentos, relações, interações ou ainda regras do sistema familiar e ainda transmitir à família o resultado da observação: análises, hipóteses e ideias sobre ela, de forma subtil (Sanches & Peixoto, 1996). A metáfora foi oferecida pelo pela família e operacionalizada da seguinte forma: (1) capturada a metáfora da família; (2) explorada (3) utilizada para criar novas possibilidades e (4) ancorada a na vida do utente/família (Zatloukal, 2019). Partindo do pressuposto que entendemos melhor o nosso mundo interior criando paralelismos com fenómenos mais tangíveis (Törneke, 2017; Speed et al, 2019), a utilização da metáfora permitiu aos membros da família: discernir sobre a relação entre comportamentos e consequências problemáticas; refletir sobre os seus próprios pensamentos, emoções e sensações físicas, estabelecer uma distância observacional e a usar para esclarecer o que era importante nas suas vidas e quais seriam os passos concretos nessa direção (Törneke, 2017).

Por fim, foi acordado que o casal iria recuperar o Ritual Terapêutico de à noite conversarem sobre como foi o dia de ambos e ressaltarem o que mais e menos tinham gostado e porquê. No final da sexta consulta foi comunicado que o Sr. J. tinha deixado de ir ao café, passando a jogar as cartas com menos frequência e no parque. A Sr.^a M.L. não tem recorrido ao mutismo e ambos têm conversado à noite sobre o dia de ambos. Deste modo, os ganhos em saúde familiar foram a Relação Dinâmica que passou a ser não Disfuncional, a Comunicação passou a ser Eficaz, tal como o *Coping*, a Satisfação Conjugal passou a Mantida e o Processo Familiar a não Disfuncional (Anexo XVI)

A nível individual, os ganhos em saúde foram o Conhecimento sobre DM Demonstrado / o Conhecimento sobre Regime Dietético/ o Conhecimento sobre Regime de Exercício Demonstrado e o Conhecimento sobre Vigilância dos Pés Demonstrado (Anexo XVII).

3.1.7 Família 7

A família sete é constituída por dois elementos (Fig. 25): o Sr. A., de 73 anos, camionista reformado, casado há 44 anos com a Sr.^a L., de 63, que trabalha num café. Ambos são independentes nas AVD's e têm um filho A., de 42 anos, que é casado com V. de 34, e têm a I. de seis anos, que o Sr. A e a Sr.^a L. criaram desde os 10 meses e com a qual têm um vínculo forte. A família 7 possui dois cães: o Leão e o *Snoop*. O Sr. A. foi diagnosticado em 2022 com HTA e DM2, tendo prescrita medicação oral. A Sr.^a L. é obesa e tem hipotireoidismo.

Figura 25- Genograma da Família 7

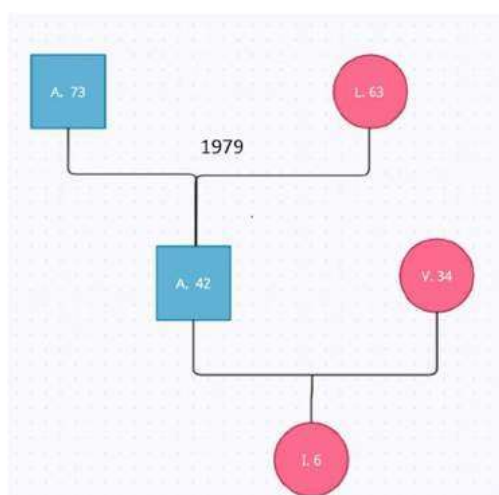
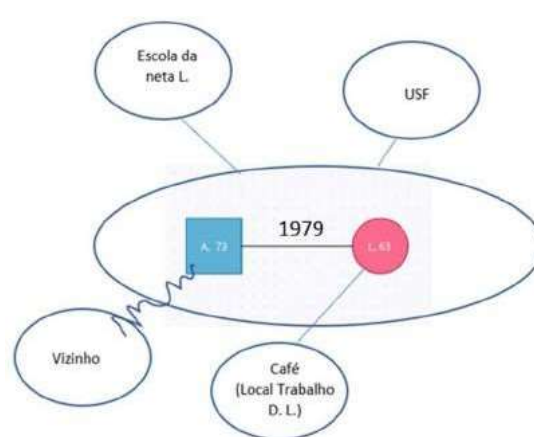


Figura 26 - Ecomapa da Família 7



O Sr. A e a Sr.^a L. têm contacto com o filho A, nora V e neta I, diariamente, presencialmente, tendo estes contatos a função de regulação social e apoio emocional. Quanto aos sistemas mais amplos (Fig. 26), a família tem contacto com o café onde Sr.^a L. trabalha, têm consultas médicas e de enfermagem na USF e contactam a escola da neta I.. Possuem ainda um vizinho com quem têm má relação, “por questões antigas”.

Foram realizadas seis consultas domiciliárias (Quadro 12), sempre com os dois elementos do casal.

Quadro 12 - Resumo das consultas com a Família 7

Família 7						
	1º contacto	2º contacto	3º contacto	4º contacto	5º contacto	6º contacto
Sr.ª L.	Alto Risco DM2					
Diagnósticos Sr. A.	Aceitação Estado Saúde não demonstrada		Gestão Regime Terapêutico – Conhecimento DM2 não demonstrado	Adesão Regime Medicamentoso não Demonstrada	Adesão Regime Dietético não Demonstrada	Autovigilância dos Pés não demonstrada
ACI	MCD® “Viver Numa Família com DM” + Genograma		MCD® “Como Funciona a DM”		MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física” + EM	MCD® “DM e os Cuidados com os pés”
Dados Avaliação Familiar	Dados Dimensão Estrutural		- Não Satisfação da Sr.ª L. com a divisão das tarefas domésticas (1)		-Não existe discussão sobre os problemas na família - Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como se discutem os problemas -A família não recorre a recursos externos na resolução de problemas (3)	
			-Saturação da Sr.ª L. do Papel Gestão Financeira (2)			

Subdiagnósticos	Identificadas forças família	-Relação Dinâmica Disfuncional (1) -Interação de Papéis Não Eficaz (2)	Coping Familiar Não Eficaz (3)
Diagnósticos		Satisfação Conjugal Não Mantida (1)	Processo Familiar Disfuncional (2,3)
	(1) - 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 (2) - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Colaborar na identificação dos papéis familiares - Avaliar as dimensões não consensuais do papel - Avaliar saturação do papel - Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família - Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família - Promover estratégias de coping para o papel (3) - Promover estratégias adaptativas/coping na Família - Negociar estratégias adaptativas/coping na Família		
Técnicas	-Co-construção genograma e ecomapa	(1/2) Reenquadramento -Procura de Exceção -Questão Milagre - Conto Sistémico	(4) -Elogio a Família -Rituais familiares

Na dimensão desenvolvimental, identificaram-se os subdiagnósticos Relação Dinâmica do Casal Disfuncional, por via da insatisfação da Sr.^a L. com a divisão das tarefas domésticas e a Interação de Papéis não Eficaz, pela sua Saturação do Papel de Gestão Financeira. Por consequência, identificaram-se os diagnósticos Satisfação Conjugal não Mantida e Processo Familiar Disfuncional. Estando estas questões estão interligadas, optou-se por dar resposta às intervenções sugeridas no MDAIF de forma unificada, com o mesmo conjunto de técnicas.

Para interromper os ciclos de feedback positivo que mantinham o problema, foi introduzida maior flexibilidade no sistema familiar, através do foco nas causas positivas do problema, em detrimento das causas negativas, valorizando não o sintoma em si mas a sua relação com outros comportamentos mais importantes, para os quais ele funcionava como solução (Barbosa et al., 2022). Depois da aplicação da técnica do Reenquadramento, a Sr.^a L. compreendeu que o Sr. A. depositava nela *muita confiança, uma vez que toda a gestão financeira era feita por ela* e o Sr. A. compreendeu que *todas as tarefas que a Sr.^a L. assumia revelavam o amor e cuidado que tinha pelo seu marido e pela casa de ambos*. Isto permitiu colocar os membros da família no mesmo plano e conotar positivamente a tendência homeostática para introduzir paradoxalmente a capacidade de transformação do sistema familiar, reenquadrando os problemas identificados, como se possuíssem uma função protetora do mesmo (Barbosa et al., 2022). Nesse plano, conseguem agora procurar exceções com maior facilidade: *Por vezes o Sr. A faz alguma tarefa? Mesmo que considere algo mais simples, pode dar um exemplo? E quando isso acontece como se sentem?* O princípio da “busca por exceções” envolve a identificação dos “acontecimentos extraordinários” (White & Epston, 1993, p. 32) que no caso do Sr. A. eram *ajudar a fazer a lista das compras; ir verificar o correio; levar o lixo à rua; pôr e tirar a mesa e regar o quintal*; sendo estas atividades associadas a sentimento de companheirismo e satisfação da Sr.^a L., ao se sentir menos sobrecarregada. Estas exceções foram ressaltadas nas narrativas desencorajadoras, assim como os recursos os pontos fortes, anteriormente despercebidos

(Paiva & Rasera, 2012). As exceções foram descritas, promovendo uma linguagem de transição, havendo um movimento de linguagem de uma postura para outra, realçando a interligação entre a ação e o resultado (Paiva & Rasera, 2012). Esta técnica contribuiu para a Sr.^a L. identificar momentos em que o Sr. A. realizava tarefas domésticas e o Sr. M. perceber que já fazia, por vezes, pequenas atividades que ajudavam a sua esposa a não se sentir tão sobrecarregada e quase “igualar” expectativas para poder introduzir a Questão Milagre: *Como seria se um dia acordasse e o Sr. A. tivesse tratado de pagar as contas, de ir ao banco, providenciar arranjos da casa? Como se sentiria Sr.-^a L.? O que teria mudado? E o Sr. A., como se sentiria nesse papel? Como decorreria o resto do dia?* Através da criação de uma curta história metafórica, reforçada pelo uso de sugestões indiretas redireciona-se a atenção dos membros da família (De Shazer, 1985, como citado em Zatloukal et al., 2019), por forma a ajudá-los a construir uma visão da vida no futuro, sem o problema identificado (De Shazer et al. 2007, como citado em Trepper et al. 2006), há assim um aumento da motivação quanto à possibilidade de mudança (Morejón & Beyebach, 1997). Por fim, foi introduzido o Conto Sistémico criado em específico para a família (Quadro 13), onde através de um paralelo metafórico ao problema criou-se uma ponte criativa (recursos) e uma validação e desenvolvimento da mudança (Keeney, como citado em Zatloukal et al, 2019).

Quadro 13- Conto Sistémico criado e apresentado à família 7.

“Era uma vez um rei muito rico que vivia numa cidade elegante no norte da Europa. Vivia num castelo magnífico, com belos jardins e pomares.

Por ser muito avarento tinha apenas dois funcionários a seu serviço: um jardineiro e uma governanta, que cozinhava, limpava e geria tudo o que fosse preciso no castelo.

Certo dia, o jardineiro confessou-se cansado. Tinha de cuidar de todas as flores, plantas e árvores dos jardins do castelo...

Pediu então ao rei que lhe aumentasse o ordenado ou então que obrigasse a governanta a ajudá-lo, pois esta “só tinha de gerir o castelo”, uma vez que as tarefas domésticas acabavam por ser divididas entre os dois.

-A governanta acaba por não fazer praticamente mais nada a mais do que eu e ganha mais por isso! Tem a mania que manda em tudo, como se o castelo fosse dela e não do senhor meu amo! Ouvindo tais palavras do jardineiro, o rei propôs-lhe o seguinte:

- Na próxima semana vais assumir o governo da casa e vou tirar essa parte do ordenado da governanta e incluir no teu.

O jardineiro ficou eufórico. Afinal não teria que fazer nada de mais e ainda ganharia mais por isso. Finalmente haveria igualdade no castelo.

No primeiro dia, à hora de almoço foi chamado pelo rei.

-Jardineiro, porque o almoço não foi servido?

-Sr. meu amo, eu não sei, eu não sou a cozinheira da casa!

-Pois não és, mas não providenciaste o arranjo do forno a lenha, nem fizeste a lista das compras. Já passa do meio do dia e ainda não almocei!

-Arranjo? Compras?? Peço imensa desculpa Sr. meu amo, não pensei sequer nesse tipo de tarefas, estive toda a manhã no pomar! Vou já tratar disso!

Mais tarde, nesse mesmo dia, o jardineiro ia regar as plantas e não conseguiu. Não saía pinga de água do poço. Quando se aproximou viu que a roldana estava partida, algo que se apercebeu no dia anterior, mas que se esqueceu de dizer à governanta e também não resolveu.

Rapidamente tentou chamar alguém que tratasse do assunto, mas sendo já tarde não conseguiu. Nessa mesma semana teve ainda problemas com o telhado do castelo, que desabou com as chuvadas, que por consequência inundaram parte do castelo; e com o seu próprio pagamento e da governanta, que não soube fazer. Algumas plantações morreram pela demora no arranjo do

poço e porque o jardineiro ficou mais atarefado que o habitual, o que deixou o rei muito insatisfeito. Ao fim de 7 dias o rei mandou chamar o jardineiro e disse-lhe:

-Então, como foi a tua semana? Igual às outras, não é?

-Não meu amo. Retiro tudo o que disse. O governo da casa dá muito trabalho! Em 7 dias desgovernei tudo! Eu não sei como a governanta tira férias e o castelo não cai!

-Não cai jardineiro, porque ela é muito organizada. Com a inundação que deixaste avançar quase ficava sem castelo! Percebes agora a importância dos “pequenos nada que ela faz?” Em 20 anos que aqui trabalha nunca deixou faltar nada.

-Percebo sim meu amo. Devolva-lhe a parte do ordenado que lhe cabe, e se puder aumente-a.

-A arte de governar não se aprende nos livros. Infelizmente, também não se improvisa. E menos ainda se ensina de um dia para o outro, embora não falem os que tenham a pretensão de fazê-lo. Mas seria bom que todos soubessem, por intuição, por experiência ou por convicção que governar não é sinónimo de mandar. Eu sou rei e governo este reino, mas quem governa este castelo é a governanta, fiel jardineiro!”

A partir das ressonâncias com o texto, o Sr. A. e a Sr.^a L. estabeleceram uma conexão que os manteve interessados na história, que exercitou a imaginação, resgatou experiências vividas e que abriu espaço para novos cenários e significados (Novis,2016). O desenvolvimento de histórias alternativas favoreceu uma renegociação da identidade e minimizou o poder da história dominante, saturada pelo problema, favorecendo as conversações de re-autoria através da ponte entre o real e o imaginário, numa complementaridade única (Novis, 2016).

Quanto ao *Coping* não Eficaz, para além do elogio e de questões de *coping*, foram utilizados os Rituais Terapêuticos, partindo do pressuposto que todo o comportamento pode ser encarado como uma comunicação e que uma forma de eliminar um sintoma passa pela alteração das regras familiares. Para concretizar as intervenções *Planejar rituais familiares e Motivar para atividades em conjunto* tentou-se perceber primeiro, através de questões, quais gostos individuais e de casal em termos de atividades, que tipo de rituais tinham e gostavam de recuperar e que significado tinham, que rotinas e rituais tinham no momento e quais gostavam de ter e porque. O casal identificou como ritual a recuperar algo que faziam no início do casamento: rotação de responsabilidades por mês, “*para que cada um soubesse o que custa cada responsabilidade*”. Todos os meses conversavam e dividiam tarefas para o mês seguinte, assim como refletiam sobre o que tinha corrido melhor e pior no mês anterior. “*Com o tempo perdemos esse ritual, mas nesta fase faz sentido voltarmos a isso*”, referiu a Sr.^a L., ao que o Sr. A. respondeu “*Acho que acabava com estes problemas...podemos fazer é a rotação semestral ou anual*”. Acordaram por fim recuperar esse ritual e rodar as responsabilidades de forma semestral. No final da quinta consulta, a Relação Dinâmica passou então a não Disfuncional e a Satisfação Conjugal a Mantida, por satisfação do casal com a divisão das tarefas domésticas. A Interação de Papeis passou a ser eficaz, assim como o *Coping*, pelo que o Processo Familiar passou a não Disfuncional, sendo estesos ganhos na saúde familiar (Anexos XVIII), os da saúde individual estão em Anexo (XIX).

3.1.8 Avaliação dos Ganhos em Saúde

O contributo do enfermeiro junto de famílias com uma pessoa portadora de DM2 é avaliado pelo impacto das intervenções de enfermagem, correspondentes a ações promotoras da capacitação da família. Para avaliar o impacto dessas ações, procedeu-se à avaliação dos

resultados, definida como um processo contínuo, fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios tidos em conta na formulação dos diagnósticos (Figueiredo, 2012). Os resultados obtidos com as famílias traduziram-se em mudanças observadas nos juízos diagnósticos. Foi elaborado um conjunto diversificado de diagnósticos (n=30), distribuídos pelas áreas de atenção que integram as dimensões da estrutura organizativa e avaliativa que é o MDAIF. O quadro 14 apresenta o resumo dos diagnósticos identificados em cada família e a variação dos mesmos, após a intervenção colaborativa efetuada.

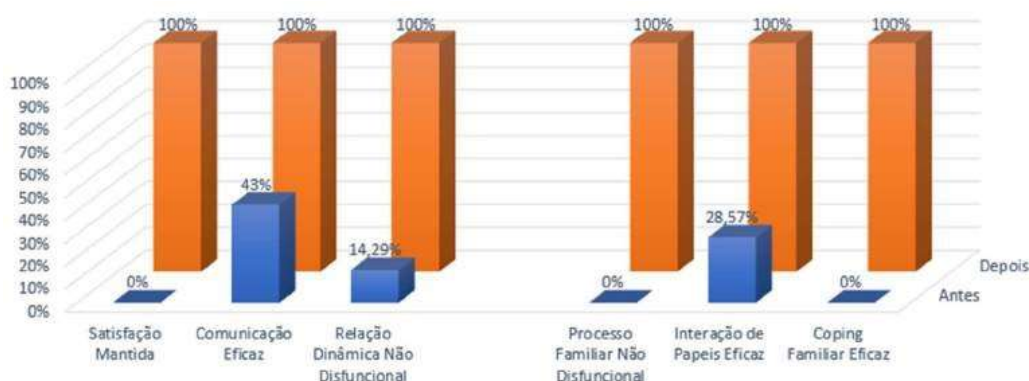
Quadro 14 - Resumo da variação diagnóstica em cada uma das famílias

Diagnósticos de Enfermagem	Família2		Família3		Família4		Família5		Família6		Família7	
	Antes (n)	Depois (n)	Antes (n)	Depois (n)	Antes (n)	Depois (n)	Antes (n)	Depois (n)	Antes (n)	Depois (n)	Antes (n)	Depois (n)
SC não mantida	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Relação Dinâmica Disfuncional	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Comunicação do casal não eficaz	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Processo Familiar Disfuncional	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Coping Não Eficaz	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Interação de Papéis Familiares não eficaz	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Total	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0
Variação Diagnóstica	100%		100%		100%		100%		100%		100%	

Em média, identificaram-se cinco diagnósticos a cada família, sendo, que em todas, foram identificados os diagnósticos Satisfação Conjugal não Mantida, o Processo Familiar Disfuncional e *Coping* Familiar não Eficaz. A Relação Dinâmica Disfuncional foi identificada em 5 famílias, a Interação de Papéis Familiares não eficaz em 4 e a Comunicação não eficaz em 3. A dimensão funcional, com 16 diagnósticos, foi a dimensão com maior proporção de diagnósticos de enfermagem identificados (53,33%), seguida da dimensão desenvolvimental, com 14 diagnósticos de enfermagem (46,67%). Da avaliação inicial para a avaliação dos resultados obtidos, após a dinamização das intervenções realizadas, verificou-se uma modificação positiva em todos os 30 diagnósticos definidos inicialmente, o que representa uma variação de 100% no total dos estados dos diagnósticos. Verifica-se um aumento para 100% dos diagnósticos positivados, o que se traduziu em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem no âmbito das competências do EEECESF, significando um impacto positivo na saúde familiar. 100% das famílias intervencionadas passaram a ter Satisfação Conjugal Mantida, Comunicação Eficaz, Relação Dinâmica Não Disfuncional; Processo Familiar Não Disfuncional, Interação de Papéis Eficaz e *Coping* Eficaz.

Da visualização do Gráfico 1 pode-se apreciar que as dimensões desenvolvimental e funcional sofreram alterações positivas após a realização das intervenções de enfermagem.

Gráfico1 - Evolução dos diagnósticos de enfermagem nas dimensões desenvolvimental e funcional do MDAIF, antes e após a intervenção colaborativa com as famílias



Os ganhos na saúde das famílias ficam também evidentes pelas taxas de atingimento de indicadores pré-definidos (XX). Nos indicadores de processo, para além de várias taxas no âmbito da avaliação familiar, destacam-se a Taxa de Realização de Entrevistas Sistémicas e a Taxa de Intervenções do Tipo Negociar, ambas com atingimento de 100%. Nos indicadores de resultado, destacam-se a Taxa de Ganhos em Saúde na Satisfação Conjugal, Taxa de Ganhos em Saúde no Processo Familiar e Taxa de Ganhos em Saúde no *Coping* Familiar, todas com o valor de 100% nas famílias intervencionadas.

Com os resultados obtidos, fica visível o impacto das competências e intervenções específicas do EE em ESF, para os ganhos em saúde para as famílias. De facto, uma avaliação estruturada, alicerçada no MDAIF, realizada com recurso à entrevista familiar sistémica e à utilização de instrumentos de avaliação familiar, aliada a intervenções específicas e negociadas com as famílias permitiu obter ganhos na saúde familiar na ordem dos 100%. Estes dados vão de encontro à literatura disponível. Segundo Bennich et al. (2017), uma eficaz autogestão do membro portador de DM2 e bem-estar de toda a família consegue-se através da inclusão na prática tanto do indivíduo como dos restantes membros da família.

Existiram também ganhos em saúde aos membros das famílias, havendo alteração positiva no estado dos diagnósticos de enfermagem individuais, o que revelou impacto na superação de necessidades dos subsistemas individuais nas famílias (Gráfico 2)

Gráfico 2 -Evolução dos diagnósticos de enfermagem do membro portador de DM2



A título individual, após as intervenções realizadas, a Aceitação do Estado de Saúde Demonstrada, foi identificada a 100% dos membros das famílias portadoras de DM2,

representando uma variação positiva de 48,86%. A Gestão do Regime Terapêutico Demonstrada, foi identificada a 71% dos indivíduos, representando uma variação positiva de igual percentagem, uma vez que inicialmente nenhum dos membros portadores de DM2 demonstravam uma eficaz gestão do regime terapêutico. O Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado, e o Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado foram identificados a 100% dos indivíduos, representando uma variação positiva de igual percentagem. Os diagnósticos Conhecimento sobre Regime de Exercício Demonstrado e sobre Regime Medicamentoso sofreram uma variação positiva de 71% e 28,58%, respetivamente. A Adesão ao Regime Dietético era nula e passou a demonstrada em 71,42% dos indivíduos. A Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada aumentou em 57,14%, havendo 85,71% de portadores de DM2 a aderir. A Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrada variou positivamente em 71%, havendo 100% dos membros das famílias portadores da doença a aderir. Quanto ao Conhecimento da Autovigilância dos Pés era nula e passou a demonstrada em 86% dos indivíduos. A adesão a esta autovigilância aumentou em 14,29%.

Os ganhos na saúde individual podem também ser observado pelas taxas de atingimento de indicadores individuais pré-definidos, que se encontram em anexo (Anexo XX). Nos indicadores de processo destacam-se a Taxa de Avaliação da Gestão do Regime Terapêutico; Taxa de Avaliação da Adesão ao Regime Dietético; Taxa de Avaliação à Adesão ao Regime de Exercício; Taxa de Avaliação à Adesão ao Regime Medicamentoso, todas com valores de 100% e a Taxa de Avaliação do Risco de DM2 com atingimento de 85,71%.

Quanto aos indicadores de resultado, destacam-se a Taxa de Ganhos em Saúde na Gestão do Regime Terapêutico (71,4%), Taxa de Ganhos em Saúde na Adesão ao Regime Dietético (71,4%), Taxa de Ganhos em Saúde na Adesão ao Regime de Exercício (57,14%), Taxa de Ganhos em Saúde na Adesão ao Regime Medicamentoso (71%) Taxa de Ganhos em Saúde na Autovigilância dos Pés (14,29%), com valores de atingimento bastante positivos. O baixo valor relativo à Adesão à Autovigilância dos Pés justifica-se por esta temática ter sido abordada com a maioria dos indivíduos portadores de DM2, apenas na última sessão, não havendo hipótese de avaliação dos resultados e dos consequentes ganhos em saúde.

De forma geral, os resultados atingidos demonstram que a avaliação e intervenção familiar com base no MDAIF e alicerçada no pensamento sistémico, sem descurar os seus membros de forma individual e as suas transições, revela-se profícua em ganhos na saúde tanto familiar como individual.

3.2 Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Neste subcapítulo pretende-se descrever todas as atividades desenvolvidas, no âmbito da segunda competência específica do EE em ECESF “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF”. A primeira unidade de competência diz respeito à articulação com outras equipas de saúde e mobilização de recursos necessários para a

prestação de cuidados à família. Durante os estágios, foi promovida a colaboração de outros profissionais da equipa de saúde no que se refere aos cuidados às famílias (médico, assistente social, psicólogo), por forma a garantir a continuidade de cuidados por equipas de outras unidades funcionais. A segunda unidade de competência, diz respeito à gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. Neste âmbito, foi promovida uma cultura organizacional de formação e de prática na USF e desenvolvidas iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, promovendo uma consciência profissional sobre o papel do EE em ECESF.

Tomando a formação profissional como um processo de interiorização de conhecimentos e desenvolvimento de competências, compreendemos que gera mudanças no comportamento e atitudes dos formandos, com reflexo desejável no seu desempenho e no da organização onde exerce funções (Instituto Nacional de Administração-INA, 2016). É ainda um fator potenciador da boa governação e uma alavanca incontornável da gestão da mudança, especialmente no que diz respeito à institucionalização de novos modos de estar, ser e fazer (INA, 2016). Deste modo, a formação deve ser considerada como um instrumento privilegiado que visa o desenvolvimento pessoal, e contribui significativamente para elevar o nível de desenvolvimento organizacional, constituindo-se num eficiente recurso da gestão estratégica (Silva, 2004, como citado em Alves, 2009). Assim, torna-se pertinente descrever, compreender e analisar a dinâmica do processo formativo realizado na USF onde decorreu o estágio. Para garantirmos que a formação seja uma ferramenta de desenvolvimento eficaz e não um fim em si mesmo, são necessárias várias etapas, que compõem o processo formativo (Chiavenato, 2005). Compreendido como um processo sistémico, o processo formativo compõe-se de quatro etapas fundamentais: levantamento e diagnóstico das necessidades formativas, conceção/planeamento da formação, implementação do programa de formação, e avaliação do programa de formação (Chiavenato, 2005).

3.2 Levantamento e Diagnóstico das Necessidades Formativas

A primeira etapa do processo formativo é o levantamento e diagnóstico das necessidades de formação, que é imprescindível no planeamento de toda a ação de formação (Rodrigues et al, 1994), na qual se realiza um processo sistemático de recolha de dados dos problemas existentes na organização, e que podem ser resolvidos através da formação (Mitchell, 1998, como citado em Ceitil, 2007). Se nesta etapa as necessidades forem identificadas de modo errado “pode comprometer a produção dos resultados pretendidos, uma vez que as competências adquiridas/desenvolvidas durante a formação podem não ser as mais indicadas à produção dos resultados desejados” (Instituto para a Qualidade na Formação, 2006, p.203).

No processo formativo que se pretende descrever, os dados foram recolhidos através de um questionário com base na matriz operativa do MDAIF, nomeadamente no que diz respeito à dimensão estrutural em todas as fases do processo de enfermagem. A opção por abordar

apenas a dimensão estrutural adveio da colheita de dados inicial, junto da equipa, informalmente. Como vários enfermeiros foram referindo que não documentavam por falta de tempo, a ideia também foi mostrar que existem vários dados que se colhem, por exemplo, nas visitas domiciliárias apenas com observação, como é o caso das condições da habitação, respeitantes ao Edifício Residencial. A dimensão estrutural permite ainda uma maior flexibilidade em termos de documentação dos dados, comparativamente às dimensões de desenvolvimento e funcional, uma vez que é possível registar os dados relativos à estrutura de forma faseada nos separadores do SClínico® da avaliação inicial e/ou do Processo Familiar; pelo que desmistifica a ideia que, documentar, leva necessariamente mais tempo ao enfermeiro, ou que é um processo moroso e complicado.

O questionário criado (Anexo XXI) continha duas partes: a primeira com itens destinados a colher dados sociodemográficos e profissionais dos formandos, assim como o conhecimento sobre a documentação dos cuidados de enfermagem, no âmbito da dimensão estrutural do MDAIF, no programa da Saúde da Família do SClínico®. A segunda continha questões de resposta curta e escolha múltipla, relacionadas à avaliação da auto-perceção de competência do enfermeiro, quanto à avaliação e intervenção na família em cada etapa do processo de enfermagem, com base nas áreas de cuidado da dimensão estrutural da matriz operacional do MDAIF (Figueiredo et al, 2021). Para isso foi utilizada uma escala de *Likert* com cinco opções de resposta, ancoradas em um (“totalmente incompetente”), três (“competente”) e cinco (“totalmente competente”). O questionário foi autoaplicável, e a coleta de dados foi realizada online, via *GoogleForms*. Todas as considerações e princípios éticos foram seguidos, o anonimato foi garantido, e a participação foi totalmente voluntária e informada, sendo convidada a participar toda a equipa de enfermagem da USF.

Da análise das respostas recolhidas no questionário (Anexo XXII), identificou-se que: 66,7% da equipa referiu não conhecer o referencial teórico e operativo MDAIF no entanto 100% dos enfermeiros tinham interesse em conhece-lo; 66,7% da equipa tinha conhecimento sobre a existência do programa “Saúde da Família” do SClínico®, e não costumava registar os dados nesse mesmo programa (por falta de tempo e por falta de hábito); 50% da equipa identificou vantagens na documentação no programa “Saúde da Família” no SClínico®; 46,67% das questões sobre a documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural do MDAIF no programa da “Saúde da Família” foram respondidas erradamente por 50%, ou mais, da equipa; 50% da equipa considera ser “competente” a abordar a família enquanto cliente, os outros 50% considera estar no patamar intermédio entre o “competente” e “totalmente competente”; 50% da equipa considera ser “competente” na documentação dos cuidados às famílias no programa “Saúde da Família” no âmbito da avaliação estrutural e 33,3% “incompetente”.

No que concerne à perceção da equipa de enfermagem quanto às suas competências na documentação dos cuidados, em geral, percecionam mais competências no âmbito dos focos Rendimento Familiar, Edifício Residencial e Abastecimento de Água, percecionando menos

competência no âmbito da Precaução de Segurança e Animal Doméstico. Nenhum enfermeiro demonstrou percepção de ser totalmente competente em alguma das etapas do processo de enfermagem no âmbito dos focos da avaliação estrutural.

A auditoria foi outra fonte de colheita de dados utilizada na identificação das necessidades formativas. A informação documentada pelos enfermeiros assume particular relevância, permitindo a comunicação de factos essenciais, refletindo os cuidados planeados, executados e resultados obtidos, numa sequência contínua ao longo do tempo, sendo de extrema importância que se registre e documente, uma grande quantidade de dados, decorrentes das entrevistas e da intervenção na família (Wright & Leahey, 2012). A análise da informação documentada pelos enfermeiros, no que diz respeito ao processo de enfermagem aplicado à família, fazendo uso de uma linguagem classificada com os termos da CIPE®, no SClínico® com uso do programa “Saúde da Família”, foi feita a partir de uma *check-list* criada para o efeito (Anexo XXIII), incidindo sobre os itens da dimensão estrutural do MDAIF. Foi auditada a documentação feita por cada enfermeiro a duas famílias, totalizando 12 processos auditados. Foi tomada esta opção por se compreender que as componentes do processo de enfermagem, Intervenções, diagnósticos e resultados refletem a prática de enfermagem, traduzindo o que fazem os enfermeiros para produzir determinados resultados (ICN, 2005). Para se fazer o diagnóstico das reais necessidades formativas, fez-se também a análise dos resultados obtidos nas auditorias dos processos clínicos, quanto à documentação dos cuidados (Anexo XXIV), sendo que 100% dos processos auditados não tinham qualquer dado relativo à dimensão estrutural do MDAIF (Anexo XXIII).

Os dados apresentados vieram comprovar a problemática da documentação dos cuidados às famílias, por consequência, a nula visibilidade dos mesmos, evidenciando a necessidade de uma intervenção, pois tal como referem Wright e Leahey (2012, p.28): “Todas as enfermeiras devem ser instruídas na maneira de envolver as famílias nos cuidados de saúde em todos os domínios da prática de enfermagem”. E o facto de os estudos demonstrarem o impacto positivo das estratégias educacionais a este nível (Duhamel, 2010; Goudrea et al., 2006; Lee et al., 2012;), levou a que se propusesse a realização de uma intervenção formativa.

3.2.1 Planeamento do Processo Formativo

A segunda etapa do processo formativo é a conceção/planeamento da formação. Este subsistema é desenvolvido com base nos resultados obtidos no diagnóstico de necessidades formativas, através do processo de conceção e estruturação dos conteúdos programáticos, tendo em consideração a população alvo e o perfil a atingir em termos de conhecimentos, capacidades e comportamentos, objetivos pedagógicos, modalidade de organização da formação, métodos pedagógicos e de avaliação, assim como os recursos necessários à sua operacionalização e respetivo cronograma (Rodrigues et al., 1996). Pelo que se apresenta o

planeamento do processo de formação, de objetivos, estratégias (Quadro 15) sendo que o cronograma (Anexo XXIV), os indicadores para avaliação do processo e dos resultados (Anexo XXV) e o plano de sessão são apresentados em anexo (Anexo XXVI).

Quadro 15- Planeamento Processo Formativo

O que	Objetivos	Estratégias	Quando
Diagnóstico de Competências	-Identificar necessidades formativas na documentação dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico; - Identificar as necessidades formativas relativas à dimensão estrutural do MDAIF; -Avaliar a perceção da competência na documentação dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico; -Avaliar a documentação dos cuidados dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico.	- Elaboração de um instrumento de colheita de dados (questionário) - Aplicação do instrumento de colheita de dados (questionário); - Elaborar documento Guia de Auditoria (check-list); - Realizar auditoria à documentação dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico a 12 processos clínicos (auditoria diagnóstica/pré-formação); - Análise dos dados/resultados.	01.05.2023 a 15.05.2023
Planeamento das Ações	-Planear as atividades formativas	-Realização do plano de sessão da formação; -Elaboração da folha de participantes; -Elaboração do cronograma de atividades -Elaboração slides da apresentação; -Elaboração de um manual orientador para documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural no programa "Saúde da Família" do SClínico.	15.05.2023 a 25.05.2023;
Ações	-Dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos e competências para documentação da avaliação e intervenção da dimensão estrutural da família no âmbito do programa "Saúde Família" do SClínico.	-Exposição da apresentação; -Acompanhamento dos enfermeiros da equipa na documentação da avaliação e intervenção da dimensão estrutural da família no âmbito do programa "Saúde Família" do SClínico;	26.05.2023 a 20.06.2023
Avaliação dos dados/ resultados	-Conhecer a apreciação global dos participantes sobre os conteúdos formativos, o desempenho dos formadores, a organização da ação e sugestões de melhoria; -Identificar as competências adquiridas pela equipa na documentação dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico (após três semanas de formação e acompanhamento); -Avaliar os conhecimentos sobre documentação dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico	- Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação da ação de formação; - Aplicação do instrumento de avaliação dos conhecimentos adquiridos (1ª parte do questionário pré-formação aplicada imediatamente após a formação); - Aplicação do instrumento de avaliação da perceção de competências adquiridas (2ª parte do questionário pré-formação aplicada 3 semanas após a formação); - Realização de auditoria à documentação dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico a 12 processos clínicos, 3 semanas após formação.	26.05.2023 a 23.06.2023

O objetivo geral deste processo formativo passa por: Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico ®. Quanto aos objetivos específicos foram definidos os seguintes: Aumentar o conhecimento da equipa sobre a dimensão estrutural do MDAIF e seus instrumentos associados (Genograma, Ecomapa e Escala de Graffar); Aumentar o conhecimento sobre a documentação da avaliação e intervenção da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico®; Incentivar o uso sistemas de informação para melhorar a documentação dos cuidados no âmbito da Saúde Familiar e Contribuir para a melhora da competência dos enfermeiros na documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SClínico®. Os desafios nesta etapa prendem-se com o garante do ajustamento dos conteúdos da formação às exigências do trabalho dos formandos; a certificação que os modelos e práticas pedagógicas assegurem que os formandos aprendam realmente o que se pretende, e conceção da formação por forma a preparar os formandos para a transferência, ou seja,

fazer com que esta inclua conhecimentos sobre o modo de transferir a aprendizagem para o local de trabalho e que integre oportunidades de transferir (Caetano, 2007).

A evidência científica diz-nos que o uso de metodologias ativas no ensino no âmbito da enfermagem, representa uma estratégia eficaz para a aprendizagem significativa, facilitando um link teoria-prática, necessário para a formação de profissionais (Enderle et al., 2018). A literatura aponta ainda que as estratégias de ensino-aprendizagem que têm sido utilizadas no âmbito da formação sobre o MDAIF, são percecionadas como de razoável ou elevada importância na preparação dos formandos para o utilizarem de forma eficaz e eficiente, demonstrando competência na aplicação do mesmo (Oliveira et al., 2020). É dada relevância aos pressupostos pedagógicos centrados no formando, conferindo-lhe uma ação de curiosidade através do questionamento, da reflexão e da experimentação, exaltando-se o papel do enfermeiro na pedagogia centrada numa aprendizagem auto-construída (Oliveira et al., 2020). Deste modo, as estratégias ensino-aprendizagem devem ser alicerçadas em pressupostos integrativos e reflexivos, com base na experiência, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de competências e a otimização da tomada de decisão clínica em ESF (Oliveira et al., 2020). Pelo exposto, neste processo formativo, optou-se por realizar uma ação de formação com a equipa de enfermagem (Anexo XXVII) e supervisão clínica de pares (SCP), através de uma estratégia individual, *one-to-one* e a realização de reuniões de grupo para reflexão sobre o processo.

Pollock et al. (2017) definem a SCP como “a facilitação do apoio e aprendizagem para os profissionais de saúde, permitindo uma prática segura e competente e a prestação de apoio a profissionais” (p. 1826). Estão descritas as funções da supervisão clínica como sendo normativas, formativas e restaurativas (Kaushin et al., 2009; Proctor, 2008, como citado em Tulleners et al., 2023). Os modelos de supervisão clínica incluem *one-to-one*, grupo e grupo de pares (Bernard & Goodyear, 2019, como citado em Ernawati et al., 2022). A SC permite aos enfermeiros a reflexão sobre os cuidados, num ambiente seguro e de apoio, sendo possível dar feedback e aconselhar os colegas, a fim de promover o desenvolvimento pessoal, profissional e educacional no contexto dos cuidados, melhorando a qualidade dos mesmos (Ernawati et al., 2022; Mohamed & Mohamed Ahmed, 2019). Quanto às vantagens da aplicação da SCP, os estudos relatam mudanças positivas ou melhoria no conhecimento, atitude, funcionamento social (Bradshaw et al., 2007), satisfação no trabalho (Hyrkäs, 2005; Santoso et al., 2017; Sundler et al., 2019), segurança na decisão tornando (Berggren & Severinsson, 2000; Magnusson et al., 2002), relacionamento mais seguro como paciente (Magnusson et al., 2002), percepção e resposta às necessidades dos membros da família, autoconhecimento (Lantz, & Severinsson, 2001), consciência, habilidades interpessoais, profissionais e de comunicação (Amsrud et al.; 2015; Heaven et al., 2006), redução do burnout (Hyrkäs, 2005; Edwards et al., 2006), experiência de aprendizagem e satisfação (Sundler et al., 2019) e qualidade da documentação dos cuidados de enfermagem (Yuswanto & Ernawati, 2018).

3.2.2 Implementação do Programa de Formação

Nesta etapa, acontece o desenrolar do programa delineado na etapa anterior, utilizando-se várias técnicas para transmitir as informações necessárias e desenvolver os conhecimentos, as habilidades e as atitudes requeridas aquando a elaboração do programa de formação. Assim, é neste subsistema que, efetivamente, a formação acontece, estando a sua eficácia dependente da qualidade das ações e planos desenhados nas etapas anteriores. Neste processo formativo foi ministrada a ação de formação já referida (Anexo XXVII) e entregue um Manual de Apoio aos formandos (Anexo XXVIII), que teve como objetivo orientar sobre as etapas necessárias para a documentação dos cuidados no âmbito do programa de saúde “Saúde da Família” no SClínico®. Este manual abordava o MDAIF, como aceder ao Processo de Família no SClínico®; a Avaliação da Dimensão Estrutural; os Focos sugeridos nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional e como proceder à documentação dos cuidados e a visibilidade dos mesmos e como extrair a lista de famílias por morada.

3.2.3 Avaliação do Programa de Formação

O objetivo deste subsistema é obter dados sobre os efeitos da ação de formação para aferir a sua eficácia, sendo para isso necessária a identificação de medidas de sucesso e a utilização de instrumentos que determinem que mudanças ocorreram durante a formação e na transposição dessas mudanças para as práticas. Pretende-se, assim, avaliar se o programa de formação atendeu às necessidades para as quais foi desenhado (Chiavenato, 2005), através da avaliação do grau de satisfação dos indivíduos em relação à ação de formação, aos conteúdos programáticos, à aplicabilidade tanto dos conhecimentos adquiridos ao contexto real de trabalho e aos resultados obtidos na realidade organizacional.

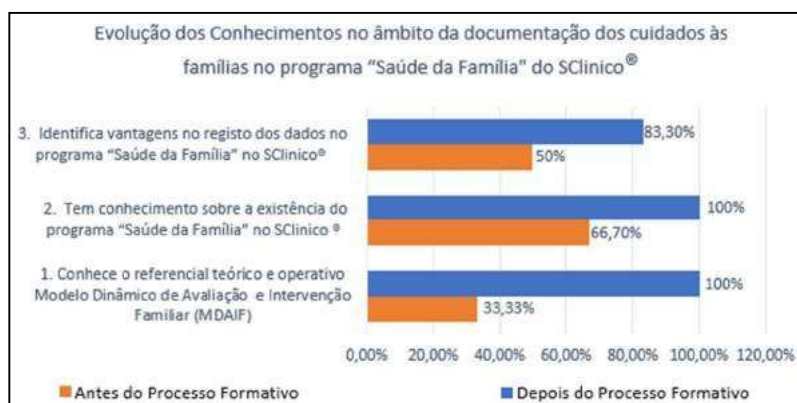
Existem vários modelos de avaliação do processo formativo. Neste caso, o modelo adotado foi o da Abordagem Multinível de Donald Kirkpatrick (1959), que define avaliação da formação como um conjunto de procedimentos e metodologias que visam a análise da conceção, implementação e resultados das ações de formação e consequentemente os seus efeitos ao nível organizacional e preconiza uma sequência lógica das intervenções de avaliação através de quatro níveis (Alves, 2009). Comumente os formadores fazem uma avaliação da reação imediata dos formandos sobre o processo pedagógico e as dimensões logísticas da ação, com o intuito de provar a sua eficácia (Valverde, 1998), e baseiam-se em medições efetuadas logo após a intervenção (Velada, 2008), ficando pelo nível 1.

No nível 1 avalia-se a opinião dos formandos relativamente ao que eles pensaram e sentiram sobre determinados aspetos da formação, tais como o tema, o formador, os materiais, entre outros (Kirkpatrick, 1996, como citado em Alves, 2009). Nada mais é do que a avaliação de reação, uma vez que se baseia mais nas reações emocionais (Alliger et al., 1997) e opiniões dos participantes aquando do fim da formação, e não propriamente em aspetos concretos de aplicação ou validação das aprendizagens. É o nível de avaliação mais utilizado, sendo a sua aplicação fácil, rápida e de baixo custo. Neste processo formativo, logo após o término

da formação foi aplicado um instrumento (Anexo XXIX), para que os formandos avaliassem de forma anónima os conteúdos programáticos e métodos, a formadora, a organização da formação e fizessem uma avaliação global da formação, através de uma escala de *likert* com 5 opções de resposta, ancoradas em um (“nada adequado”), três (“adequado”) e cinco (“muito adequado”). Era ainda possível acrescentar sugestões e/ou críticas. Quanto à análise dos resultados desta avaliação (Anexo XXX), no que toca à adequação dos conteúdos programáticos e à avaliação global da formação todos os itens foram avaliados maioritariamente com cinco (“muito adequado”), seguindo-se a opção quatro.; quanto à avaliação da formadora todos os itens foram pontuados com valor máximo. Como sugestões 33,33% referiram “Abordar as restantes dimensões do MDAIF”, os outros 66,67% não teceram comentários. Esta avaliação denota um feedback positivo por parte dos formandos à formação ministrada, o que reforça a exequibilidade do restante programa de formação (INA, 2016).

No nível dois avalia-se a aprendizagem. É importante refletir que, na maioria das vezes, aprender implica desaprender individualmente e organizacionalmente, sendo esta última processada, a partir dos pensamentos e ações dos indivíduos (Argyris, 1995). Para Hedberg (1981), a desaprendizagem é um “processo através do qual os sujeitos se desfazem dos saberes detidos, rompem com eles e abrem caminho para novas respostas e novos saberes” (p.18). Deste modo, desaprender pressupõe uma mudança. Segundo Kirkpatrick (1998, como citado em Alves, 2009), a aprendizagem ocorre quando há uma mudança na forma de perceber a realidade e/ou um aumento de conhecimentos e/ou, ainda, um aumento de habilidades. Este nível de avaliação recai sobretudo na aferição do grau de domínio em relação a determinados tipos de saberes, bem como a aplicação desses saberes em prática real ou simulada, de forma a demonstrar determinadas competências (Instituto Qualidade e Formação - IQF, 2006). Neste processo formativo, utilizaram-se as mesmas questões do questionário de levantamento de necessidades que avaliavam os conhecimentos dos formandos, 15 dias após a formação, por forma a comparar a evolução dos conhecimentos, após terem sido ministrados os conteúdos formativos (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Evolução dos Conhecimentos com o Processo Formativo



Quanto à análise dos resultados (Anexo XXXI), foi possível verificar-se que: 100% dos formandos referiam conhecer o MDAIF e o Programa da Saúde da Família no SClínico® e 83,3% reconheciam vantagens em utilizá-lo; 68,75% das questões sobre a documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural do MDAIF no programa da Saúde da Família foram respondidas acertadamente por 50%, ou mais, da equipa.

No que concerne à avaliação da aplicação dos saberes na prática real, no acompanhamento *one-to-one*, nas reuniões realizadas e através da análise da matriz de acompanhamento individual (Anexo XXXII), foi possível identificar uma evolução positiva em todos os formandos, assim como uma mudança concordante na postura face à documentação dos cuidados, revelando abertura, disponibilidade e interesse nos mesmos. Foi assim possível ter a perceção que os formandos mudaram a sua atitude face à documentação dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural do MDAIF, no programa da Saúde da Família do SClínico®, aumentaram os seus conhecimentos e desenvolveram competências pós-formação.

No nível 3 avaliam-se os comportamentos. Este nível de avaliação centra-se no impacto que a formação teve nos formandos, procurando verificar se ocorreram alterações nos comportamentos dos formandos no ambiente de trabalho decorrentes da sua participação na formação, e se essas alterações comportamentais possibilitaram chegar aos objetivos identificados (IQF, 2006). Para que essa transferência seja efetiva, é imprescindível que os conhecimentos, aptidões, habilidades, comportamentos e atitudes adquiridos, sejam aplicados no contexto de trabalho e mantidos durante um período de tempo após a ação de formação (Baldwin & Ford, 1988). Este nível avalia ainda o que esteve na base da eficácia do processo de transferência e averigua se existiram barreiras na transferência do contexto formativo para as situações práticas reais (IQF, 2006). Importa ainda atentar para os cinco requisitos que, segundo o autor deste modelo de avaliação, devem estar presentes para que ocorram mudanças no comportamento: desejo de mudança; conhecimento de o que fazer e de como fazer; um clima de trabalho adequado; auxílio na aplicação dos conhecimentos adquiridos; e recompensa pela mudança no comportamento (Kirkpatrick, 1998, como citado em Alves, 2009). A motivação dos participantes para aplicar os conhecimentos adquiridos na prática deve também ser tida em conta, assim como os fatores que a influenciam: realização das expectativas, efeitos da aprendizagem, atitudes para com a função, e utilidade esperada (Baldwin & Ford, 1988; Holton, 1996). Os determinantes da transferência, que a influenciam direta ou indiretamente também devem ser considerados: conceção da formação ou fatores de capacidade; fatores individuais ou características dos formandos; e ambiente de trabalho ou clima de transferência (Baldwin & Ford, 1988; Holton, 1996).

Neste processo formativo este nível de avaliação foi mensurado através da realização de auditorias aos processos de enfermagem, um mês após a formação e da SCP. As auditorias foram realizadas a partir da mesma *check-list* utilizada na fase pré-formação, incidindo sobre os itens da dimensão estrutural do MDAIF. Foi auditada a documentação feita por cada enfermeiro a duas famílias, totalizando, tal como na fase anterior, 12 processos

auditados. Relativamente à informação documentada pelos enfermeiros, é de registar a observação de alterações, quer na avaliação familiar, quer na intervenção familiar, sendo, que 83,33% dos processos auditados tinham dados da dimensão estrutural no separador “Processo de Família”; 25% dos processos continham documentação na dimensão estrutural, em termos de diagnósticos, intervenções e avaliação dos resultados.

Procedeu-se à interpretação da mudança das práticas dos cuidados à família, documentados pelos enfermeiros. Da análise e comparação dessa documentação, foi possível aferir que o processo formativo teve impacto positivo na informação documentada pelos enfermeiros). Estes resultados corroboram o que diz a literatura sobre o modelo de SC baseado na teoria do Proctor e no ciclo de relacionamento interpessoal: pode melhorar o desempenho dos enfermeiros na melhoria da qualidade da documentação dos cuidados de enfermagem (Yuswanto & Ernawati, 2018); ajuda a saber como melhorar o processo de enfermagem em curso; melhora a documentação dos cuidados de enfermagem e a qualidade dos serviços prestados (Urquhart et al., 2018); ajuda os enfermeiros a entender o que devem melhorar e esforçarem-se para melhorar seu desempenho (Madlabana et al., 2020); e equilibra as percepções dos enfermeiros em relação à qualidade dos cuidados e à documentação dos cuidados (Yulianita et al., 2020).

Foi ainda reaplicada a segunda parte do questionário utilizado na identificação das necessidades formativas, com apreciação da autoperceção de competência do entrevistado quanto à avaliação e intervenção da família em cada etapa do processo de enfermagem, com base nas áreas de cuidado da dimensão estrutural da matriz operacional do MDAIF um mês após a formação (Anexo XXXIII).

Gráfico 4 - Evolução da Percepção de Competência com o Processo Formativo



Da apreciação das respostas (Gráfico4), identificou-se que: 50% da equipa se considerava “competente” a abordar a família enquanto cliente e 33,33% “totalmente competente”; 50% se situou no patamar entre competente e totalmente competente na focalização da família como um todo, quanto nos seus membros individualmente e 50% se situou nesse mesmo nível quanto à competência na documentação dos cuidados às famílias no programa “Saúde da Família”, no âmbito da avaliação estrutural. Deste modo, conclui-

se que os objetivos do processo formativo foram atingidos com sucesso, na medida em que os enfermeiros aumentaram os seus conhecimentos no âmbito da documentação dos cuidados às famílias no programa “Saúde da Família assim como a percepção de competência na documentação.

Para avaliação de todo o processo formativo foram analisadas as taxas de atingimento dos indicadores de processo e resultado desenvolvidos na fase de planeamento (Anexo XXV). Destacam-se a taxa de processos auditados com documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” do SClínico®, no âmbito da avaliação estrutural feita corretamente, que foi de 100%; a taxa de enfermeiros que percecionavam ter competência na documentação desses cuidados (pontuando entre competente - 3 e totalmente competente -5) foi igual ou superior a 83,4% em qualquer umas das fases do processo de enfermagem e em todos os focos da dimensão estrutural, sendo na maioria 100%; a taxa de enfermeiros efetivamente competentes na documentação dos cuidados foi de 83,3% e taxa de enfermeiros que demonstraram conhecimentos na documentação dos cuidados de 66,7%.

No nível 4 avaliam-se os resultados das mudanças na organização. Segundo o autor deste modelo de avaliação o mais importante e talvez o mais difícil dos quatro níveis. O objetivo deste nível é fornecer informação sobre qual foi o impacto da formação na organização, ou seja, de como a mudança de comportamentos afetou favoravelmente a organização, através dos progressos ao nível dos indicadores organizacionais (IQF, 2006). Idealmente, este tipo de avaliação deveria ter por base indicadores específicos. A contratualização de indicadores nos Cuidados de saúde Primários traduz-se numa ferramenta de governação clínica para a melhoria contínua da qualidade (DR, 2016). Nas unidades funcionais estão contratualizados 30 indicadores de enfermagem, num total de 365 (Administração Central dos Sistemas de Saúde, 2017), no entanto, nenhum deles traduz a abrangência e complexidade dos cuidados prestados no âmbito da dimensão estrutural do MDAIF e respetivos ganhos em saúde. Os indicadores contratualizados, focam-se apenas na promoção da saúde, prevenção e gestão da doença individual e não contemplam a saúde do sistema familiar e as suas especificidades. Neste sentido, é necessário o desenvolvimento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde familiar nas unidades funcionais, devendo estes basearem-se no referencial teórico e operativo existente para a prática clínica da enfermagem de saúde familiar. A título de exemplo, neste processo formativo para se proceder a este nível de avaliação poderia ter-se incidido sobre os seguintes indicadores: a taxa de avaliação familiar (processo), taxa de avaliação da dimensão estrutural da família (processo) e taxas de ganho em saúde nos focos Rendimento Familiar/ Edifício Residencial/ Abastecimento de Água/ Animal Doméstico/ Prevenção de Segurança (resultado) (Silva, 2013). Por uma questão de limite temporal, não foi possível executar este tipo de avaliação.

De uma maneira geral, a equipa atribuiu maior importância à aprendizagem experiencial, desenvolvida através dos momentos de SCP, baseada na reflexividade sobre a ação e na transferência dos conhecimentos adquiridos do que ao momento de

formação em sala. Desta forma, foi tida em conta a perspectiva dos participantes. Através da experiência vivida foram compartilhados insights sobre os aspetos positivos ou desafiadores da supervisão. Foi desenvolvido o senso profissional de auto e prática autorreflexiva, empatia, validação, insight sobre pontos fortes e fracos e desenvolvimento bidirecional por meio de diversas perspectivas são benefícios relatados na literatura de SCP (Basa, 2019; Goodman et al., 2014, Kuipers et al., 2013;Schumann et al., 2020).

De fato, o processo formativo deve ser concebido visando a transferência da aprendizagem para o contexto profissional (Baldwin, 1988), sendo que, é fundamental, na estratégia de saúde familiar, fornecer subsídios para a reflexão sobre as práticas de trabalho, gestão e formação, favorecendo mudanças nessas práticas profissionais e nas relações interpessoais (Araújo et al, 2013). Só a prática reflexiva é capaz de gerar transformação, alternativas e novas aquisições cognitivas, relacionais e profissionais, facilitando a resolução de problemas, na complexidade que é cuidar da família enquanto alvo de cuidados (Oliveira et al., 2020). Pode-se afirmar que o processo de formação desenvolvido foi baseado num paradigma de abordagem interativa entre os formandos, que levou a uma aprendizagem transformadora, baseada em casos de famílias reais, o que permitiu aos formandos desenvolver competências na avaliação das necessidades das famílias, aplicar os instrumentos de avaliação familiar, desenvolver propostas de intervenções de enfermagem e documentar devidamente no Programa de Saúde da Família do SClínico®. Efetivamente, uma pedagogia direcionada para a competência e para a autoconstrução da aprendizagem em função das necessidades dos formandos, promovendo a crítica e a curiosidade intelectual (Oliveira et al., 2018), o diálogo permanente entre a teoria e a prática dos enfermeiros, a autonomia, a reflexão sobre e na ação (Shon, 2000) e a criatividade demonstrou promover o desenvolvimento de elasticidade e flexibilidade necessárias para que os enfermeiros fossem capazes de adaptar as suas aprendizagens às necessidades sentidas.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem como finalidade refletir sobre as competências adquiridas durante a componente clínica descrita anteriormente. Segundo Benner (2001), a competência pode ser definida como a capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade. Para a OE, e na mesma linha de pensamento, a competência é definida como “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação” (OE, 2017, p.2).

O Modelo de aquisição de competências desenvolvido por Benner enquadra-se harmoniosamente no processo vivenciado de aquisição de competências durante os estágios realizados. Tendo como referência o Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus (1980), o modelo desenvolvido por Benner preconiza que a experiência profissional e o conhecimento prático são adquiridos com o tempo e com a aprendizagem experiencial, identificando cinco níveis de competências na prática clínica: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

O enfermeiro especialista é definido pela OE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744). Já a Prática Avançada de Enfermagem Familiar é definida como uma aplicação de uma ampla gama de competências de enfermagem focadas na melhoria dos resultados de saúde em indivíduos e famílias (IFNA, 2017). O domínio das competências generalistas nos cuidados às famílias é fundamental na expansão desta prática avançada de cuidados às famílias, que vai além da prática generalista ao abordar cuidados complexos às famílias (IFNA, 2017). Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas devem possuir um conjunto de competências que são comuns aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde, que se enquadram em quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). Estas foram evidenciadas e demonstradas através de elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação e assessoria. Em anexo são descritos os comportamentos demonstrados relativos a cada um dos domínios das competências comuns (Anexo XXXIV).

Relativamente às Competências Específicas do EE em ECESF, já identificadas anteriormente são as seguintes: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19355). Quanto à primeira competência, foi desenvolvida na prestação de cuidados especializados às famílias, sustentada no referencial

epistemológico da Teoria dos Sistemas, que reconhece o potencial do sistema familiar como promotor da saúde, incorporando compreensão sobre a “complexidade, intersubjetividade e instabilidade, como elementos das relações causais recursivas e realidade multiversa das famílias” (Figueiredo, 2012, p. 29) e, como modelo operativo utilizou-se o MDAIF. Foi utilizada a metodologia da entrevista familiar sistêmica ancorada ao processo de enfermagem, através da recolha de dados; da identificação dos diagnósticos; do planeamento das intervenções de enfermagem de saúde familiar, assim como das atividades que as concretizem, ajustadas às necessidades identificadas e mobilizando as forças da família; da implementação das intervenções, com recurso a técnicas de intervenção sistêmica, para atingir como resultados ganhos em saúde familiar, face aos objetivos e critérios de resultados definidos colaborativamente com as famílias e individuais, de cada membro da família.

Em seguida, são apresentados os quadros (16 ao 23), relativos a cada uma das unidades de competência da competência específica do EE em ECESF: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”. Em cada quadro estão os respetivos comportamentos demonstrados ao longo dos estágios, e que dão resposta aos critérios de avaliação definidos no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho.

Quadro 16 - Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.1

1.1 Unidade de Competência: Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas
Abordadas as famílias com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades complexas de saúde e às dos seus membros
Co- estabelecidos com as famílias os principais objetivos de mudança, considerando novas formas de funcionamento associadas aos processos de morfogénese e fortalecimento da saúde familiar
Adotada uma postura de incentivo às famílias à prossecução dos objetivos estabelecidos para alcance dos resultados desejados, através da promoção, manutenção, restauração e fortalecimento da saúde da unidade familiar e dos membros da família
Dado enfoque aos pontos fortes das famílias em todas as interações realizadas
Desenvolvida relação terapêutica com as famílias e os seus membros colaborativa e não hierárquica, no nível relacional e sistémico, com fim último a obtenção de ganhos na saúde familiar e a promoção da saúde e prevenção da doença a nível individual
Desenvolvidos em colaboração com as famílias planos de cuidados com fim último o alcance dos resultados estabelecidos com as mesmas

Quadro 17 - Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.2

1.2 Unidade de Competência: Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família
Colhidas informações sobre estrutura familiar de cada família, co-construídos genograma e ecomapa e observados padrões transgeracionais, assim como fatores de risco ambientais.
Feito recurso ao genograma para facilitar a aceitação do estado de saúde dos membros das famílias com DM2, através da visualização da manifestação da doença nos demais membros da família
Recolhidos dados pertinentes para o estado de saúde das famílias e dos seus membros, através de várias fontes (processo clínico, no diálogo com o médico e enfermeiro de família, nas interações familiares observadas e no próprio discurso dos membros das famílias assim como a comunicação verbal e não -verbal no decorrer das consultas) que permitiram compreender a reciprocidade entre

os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente, tendo em conta as características das famílias, os processos morfogenéticos e a circularidade e retroalimentação.
Avaliadas as famílias utilizando a matriz operativa do MDAIF nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional
Identificadas as necessidades em cuidados de forma colaborativa
Utilizados instrumentos de avaliação familiar: Genograma, Ecomapa, Graffar, Escala FACES II, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe; Escala de APGAR Familiar de Smilkstein
Utilizados instrumentos de avaliação individual: EAD, MAT, Escala de Avaliação Risco DM2
Identificados os subsistemas, limites e relações entre os membros da família assim como família alargada e relação com sistemas amplos
Identificadas crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos, classe social e ambiente, tendo em conta a complexa interação entre os riscos biopsicossociais e ambientais e a saúde familiar e o impacto nos comportamentos de saúde e na tomada de decisões
Identificados os significados que as famílias atribuíam a certos eventos, comportamentos e experiências e influíam na saúde familiar/individual
Avaliada a coesão e adaptabilidade nas famílias, essenciais nos processos de mudança que se pretendeu favorecer
Validados e enumerados com as famílias as forças e os desafios percecionados/existentes, com foco na legitimidade de múltiplas realidades entre os membros que as constituem
Identificados diagnósticos nas dimensões recursivas estrutura, desenvolvimental e funcional segundo os critérios de diagnóstico do MDAIF.
Identificados diagnósticos de Enfermagem aos membros da família de forma individual

Quadro 18 - Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.3

1.3 Unidade de Competência: Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas
Mobilizados conhecimentos tanto de enfermagem de saúde familiar como de outras ciências para o raciocínio clínico e transpostos para o cuidado às famílias
Analisados dados abrangentes sobre antecedentes e relacionamentos familiares, estado de saúde e padrões de resposta familiar a transições complexas de saúde.
Identificada a etapa do ciclo vital de cada família, bem como as transições individuais de cada membro das famílias, tendo sido considerados: o tipo de transição, a natureza, propriedades, fatores facilitadores/inibidores, padrões de resposta assim como indicadores de processo e resultado assim como as implicações no sistema conjugal/familiar
Analisadas com as famílias as relações entre dinâmica familiar, o binómio saúde/doença, os fatores ambientais e a saúde familiar e de cada um dos membros

Quadro 19- Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.4

1.4 Unidade de Competência: Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.
Co-definidas com as famílias as metas a atingir nos seus projetos de saúde
Criado ambiente seguro nas consultas, tanto na USF como no contexto de domicílio
Usado pensamento e hipótese sistémicos para permitir múltiplas compreensões da família e expandir o foco das avaliações e intervenções de enfermagem de saúde familiar
Analisado com as famílias a implicação da DM2 nos padrões de interação familiar

Quadro 20 - Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.5

1.5 Unidade de Competência: Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.
Promovidas vários momentos de consulta às diferentes famílias, por forma a facilitar o processo de consecução dos seus objetivos
Utilizada Entrevista Motivacional para intervir nos portadores de DM tipo 2 no âmbito da Adesão ao Regime Medicamentoso/Dietético/Exercício
Estudados os processos no âmbito da GRT e nas implicações para o sistema conjugal e familiar
Co-desenvolvidas intervenções para dar respostas às necessidades das famílias e seus membros, tendo em conta as suas respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas
Promovido o questionamento circular como estratégia na interação familiar, de promoção da circularidade recursiva nas relações entre os elementos no todo comunicativo do sistema
Desenvolvida prática alicerçada na melhor e mais recente evidência científica
Desenvolvidas com as famílias estratégias na resolução de conflitos por forma a reduzir os efeitos negativos no sistema familiar
Assegurado ambiente de consulta seguro, assim como qualidade nos cuidados prestados
Avaliados os riscos ambientais relacionados com a saúde de cada família, bem como a promoção de ambientes seguros e saudáveis
Utilizadas intervenções especializadas de ESF, no sentido de promover a alteração do juízo diagnóstico relativamente às áreas de atenção familiar identificadas na avaliação familiar
Realizada entrevista familiar sistémica com aplicação de técnicas ativas e interacionais específicas da ESF a todas as famílias

Quadro 21- Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.6

1.6 Unidade de Competência: Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.
Dado incentivo às famílias a relatarem as suas narrativas de saúde
Identificadas com as famílias as forças e oportunidades nos processos de mudança, facilitando a consciencialização
Identificadas e analisadas dinâmicas familiares que suportavam, mantinham ou criavam dificuldades e exploradas estratégias para melhorar essas mesmas dinâmicas
Identificadas e analisadas dinâmicas entre indivíduo, família, comunidade e sistema de saúde que suportavam, mantinham ou criavam dificuldades e exploradas estratégias para melhorar essas mesmas dinâmicas
Analisado com as famílias os recursos necessários para dar resposta às necessidades, bem como formas de aquisição dos mesmos
Dado feedback às famílias, de forma sistemática, com enfoque nos seus pontos fortes
Analisado com as famílias o progresso no alcance dos objetivos traçados, incentivando a partilha e o feedback familiar
Documentados os planos de cuidados, cuidados prestados, progresso familiar no SClinico®

Quadro 22 - Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.7

1.7 Unidade de Competência Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.
Procurada orientação e supervisão com a professora e enfermeira orientadora cooperante de modo a aprimorar a prática avançada em enfermagem familiar
Feita reflexão contínua sobre as interações com as famílias e avaliação da sua eficácia geral em relação ao progresso em direção aos objetivos familiares, por forma a melhorar desempenho

Promovido o desenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua, através da frequência de ações de formação na área de enfermagem de saúde familiar:
-Seminário: "Família como unidade de cuidados. Transições ao longo do ciclo de vida" (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEC)
-Webinar: "A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem" (ESE de Lisboa)
-Webinar Community Talks: "O desenho enquanto instrumento de avaliação da saúde das famílias"
- XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas (ESEC)
-1º Encontro de Enfermagem Comunitária do Núcleo de Enfermagem Comunitária do ACeS Douro I-Marão e Douro Norte
-Seminário de Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, integrado na NursID Spring School 2023 da ESEP (membro da comissão organizadora)
Demonstrada competência na análise crítica do processo de pensamento e cuidados implementados
Adotada uma posição de imparcialidade face ao sistema, sem tomada de partidos, expressão de opiniões ou manutenção de alianças com qualquer dos membros
Colaboração com colegas na abordagem de enfermagem familiar complexa

Quadro 23 - Comportamentos demonstrados no âmbito da unidade competência 1.8

1.8 Unidade de Competência Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.
Formalizados momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados, com bom feedback das famílias quanto aos cuidados prestados, às técnicas de intervenção sistémica utilizadas em consulta e aos resultados obtidos
Avaliada a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares e propostos reajustes adequados às mudanças nos sistemas familiares
Avaliado o impacto das intervenções nas famílias a partir das modificações positivas dos estados dos diagnósticos de enfermagem, definidos inicialmente através da matriz operativa do MDAIF
Avaliado o impacto das intervenções junto dos membros das famílias a partir das modificações positivas dos estados dos diagnósticos de enfermagem identificados
Planeados cuidados às famílias tendo em consideração a evidência científica mais recente

Em seguida, são apresentados quadros (24 e 25) relativos a cada uma das unidades de competência da competência específica do EE em ECESF: "Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar". Em cada quadro estão os respetivos comportamentos demonstrados ao longo dos estágios, e que dão resposta aos critérios de avaliação definidos no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho.

Quadro 24 - Comportamentos demonstrados relativos à unidade de competência 2.1

2.1 Unidade de Competência - Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família
Promovida a colaboração de outros profissionais da equipa de saúde no que se refere aos cuidados às famílias (médico, assistente social, psicólogo)
Referenciadas as famílias com necessidades de intervenção de outros profissionais de saúde (médica de família, consulta de cessação tabágica e psicóloga)
Garantida a continuidade de cuidados por equipas de outras unidades funcionais
Assegurados processos de mentoria e <i>coaching</i> aos membros da equipa de enfermagem para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar

Quadro 25 - Comportamentos demonstrados relativos à unidade de competência 2.2

2.2 Unidade de Competência - Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.
Dado contributo à equipa da USF relativamente à visão da ESF
Promovida uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação na USF
Sustentada visão partilhada da ESF, aos diversos níveis de prevenção
Dado contributo relativo às políticas de saúde relativas à ESF à Direção de Enfermagem do ACes
Utilizado o SClínico® para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF na equipa da USF assim como melhorar os resultados na ESF
Desenvolvidas iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, promovendo uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária na área de saúde familiar
Realizado processo formativo sobre: “Documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da dimensão estrutural, do Programa Saúde da Família do SClínico®”
Elaborado um Guia de Boas práticas na documentação dos cuidados de enfermagem no Programa de Saúde Familiar do SClínico® e disponibilizado à USF
Assegurados processos de acessoria aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, integrando auditorias clínicas no âmbito dos registos de Enfermagem no Programa de Saúde Familiar
Sustentada uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção

Importa ainda sublinhar que, de facto, a competência na atividade diagnóstica reveste-se de suma importância, pois “o domínio e mestria na estruturação e colocação de perguntas desencadeia possibilidades de mudanças no sistema terapêutico” (Barbosa, 1996, p.2). Uma comunicação orientada por perguntas bem estruturadas permite a intervenção no domínio cognitivo, afetivo e comportamental da família, orientando o plano de cuidados e conduzindo a mudança comportamentais (Wright & Leahey, 2012). O treino da capacidade de ajuste e reformulação de questões, de hipóteses sistémicas e de técnicas de intervenção sistémica e até capacidade de improviso se revelaram de extrema importância na interação com as famílias, promovendo um reconhecimento do seu dinamismo e compreensão como sistema vivo e em constante mudança e evolução. O treino da capacidade de observação comportamental, da linguagem não verbal dos membros das famílias, de forma objetiva e intencional, permitiu identificar comportamentos, interações e padrões comportamentais, o que muito contribuiu para desenvolver competência na recolha sistemática de dados e na atividade diagnóstica.

A mudança comportamental sentida em termos de abordagem às famílias, passando de enfermeiro iniciado, “solucionador de problemas” com uma atuação unidirecional, centrada no profissional e tendo a família como contexto a uma postura em que se pede permissão para entrar temporariamente no sistema familiar, para o conhecer, num posicionamento de escuta ativa, de questionamento circular, de observação e compreensão das interações recursivas. Com a realização dos estágios fez-se recurso da arte da hipotetização e utilizou-se técnicas de intervenção sistémica para obter ganhos na saúde familiar, alinhados com os objetivos co estabelecidos com os membros da família, numa abordagem motivacional e não

diretiva à família enquanto unidade dinâmica e co-evolutiva e aos seus membros individualmente.

A utilização de uma grande variedade de técnicas de intervenção sistémica foi sem dúvida uma mais-valia que criou a oportunidade para um estudo mais minucioso de cada uma delas e o treino na utilização das mesmas, favorecendo o à vontade e confiança na sua aplicação e apropriação. A criação de contos sistémicos de raiz, inteiramente pensados para as necessidades das famílias em questão, foi uma experiência muito enriquecedora, que permitiu uma envolvimento muito grande na técnica e estudo aprofundado da mesma, assim como do universo da metáfora. Tive oportunidade de transferir a utilização dos contos para a minha prática clínica, enquanto enfermeira de família, principalmente em situações onde as famílias têm dificuldade em abordar e aprofundar determinados assuntos. Nesse tipo de situações apresento, às famílias, histórias com pontos de similaridade com o paradigma dominante que expõem e oferecem, de forma lúdica, um espelho em forma de conto, onde podem ver os cenários das suas próprias vidas refletidos, sob a segurança da magia e da distância do “Era uma vez”. As reflexões que seguem cada conto, enriquecidas pelas técnicas transversais, são de uma riqueza e singularidade únicas, que contribuem em grande medida para a reatuação das histórias das famílias e dos seus membros.

A “imersão” feita na satisfação conjugal permitiu a aquisição de competências na avaliação e intervenção desta área de atenção. A adequação de dinâmicas específicas para os casais foi um desafio que se considera ter-se transposto com sucesso. Tive a oportunidade de frequentar uma formação sobre o desenho na avaliação da saúde das famílias e isso empoderou-me na sua utilização como instrumento na exploração das mensagens não-verbais dos cônjuges, na melhor compreensão das suas narrativas e dos significados atribuídos. O desenho, enriquecido pela sua linguagem metafórica, foi também utilizado como intervenção, sendo essencial e facilitador na construção de novas narrativas pelos elementos do sistema conjugal, complementando outras intervenções.

Desenvolvi, ainda, competência na abordagem individual aos membros das famílias. Foi impactante compreender que, até conhecer o paradigma sistémico, percebia o indivíduo como ser único, singular, sem grandes considerações relativamente aos sistemas que integrava e relações que mantinha. Foi surpreendente compreender a o alargamento da visão do indivíduo quando tomei conhecimento do lugar dele no genograma familiar, quando compreendo as relações que estabelece dentro e fora da família, quando o vejo realmente nos diferentes papéis que assume. Com a realização da componente clínica dos estágios pude perceber que a perspetiva que tinha, anteriormente, da abordagem individual era, efetivamente, muito restrita, considerando apenas algumas vertentes do indivíduo e descurando tantas outras. De facto, para mim, foi como perceber que o indivíduo sempre foi uma boneca tipo matrioska, que é caracterizada por reunir uma série de outras bonecas no seu interior, de vários tamanhos e que eu só abordava a boneca maior, tal com na metáfora que Herold (2003) utilizou para conceitos geográficos. Com o pensamento

sistêmico compreendi que esta boneca maior encerrava em si muitas outras e só poderia ser compreendida na sua totalidade quando consideradas cada uma das bonecas, que representavam todas as dimensões e papéis do indivíduo, características, vivências, padrões transgeracionais e muitas outras singularidades relativas à família onde se inseria. Desta forma, a minha abordagem em termos de avaliação e intervenção na Aceitação do estado de saúde dos indivíduos acompanhou esta evolução e expandiu, tendo sido de grande utilidade a compreensão de padrões transgeracionais nas famílias, do papel dos fatores ambientais, assim como das componentes comportamentais e genéticas na manifestação da DM2. Tive ainda a oportunidade de frequentar várias formações no âmbito da DM, das quais destaco a formação como “Educadora em Diabetes” da IDF, onde tive a oportunidade de, ao longo de 11 módulos de formação, aumentar os meus conhecimentos sobre os processos de autogestão na DM2 e adquirir competências na capacitação do indivíduo.

Existiu ainda expansão de competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa lógica de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas, através do processo formativo desenvolvido, no contexto da SCP, com recurso a uma estratégia de acompanhamento individual, *one-to-one*, e a realização de reuniões de grupo, para reflexão sobre o processo. Supervisionar colegas mais velhos e com muitos mais anos de experiência em cuidados de saúde primários foi, sem dúvida, um desafio que exigiu um esforço redobrado por parte da supervisora para, com humildade, promover a motivação da equipa e para compreender a importância da temática e abrir-se para a aprendizagem. O envolvimento com os supervisandos e a aprendizagem no seio da prática e a partir da reflexão sobre essa prática, fez com que não apenas os enfermeiros que foram submetidos à supervisão clínica saíssem impactados positivamente pelo processo, mas também a supervisora se sentisse transformada enquanto profissional, ficando clara a natureza bidirecional da relação supervisiva.

Assim, pode-se afirmar que ocorreu aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, mas também das competências específicas da ECESF: de juízo crítico e tomada de decisão, de planeamento dos cuidados em negociação com os membros das famílias, de intervenção com recurso a técnicas de intervenção sistémica e de avaliação dos cuidados. Mais do que a aquisição do conhecimento, as competências no saber agir responsável e na capacidade de mobilizar, integrar e transferir esses conhecimentos e habilidades para a prática foram desenvolvidas com sucesso (Le Boterf, 1995, como citado em Coreia, 2012). Esta reflexão processual face à complexidade dos contextos de ação onde se desenvolveram as interações com as famílias foi impulsionadora de transformações estruturantes na construção de significados que permitiram a internalização da informação e a capacidade de a utilizar em situações futuras.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio resume a continuidade de um percurso formativo global, compatível com a aquisição de competências específicas na área de especialização de ESF, tendo a realização dos estágios contribuído para o desenvolvimento académico e profissional e aprofundamento de conhecimentos teóricos subjacentes à mesma. O presente capítulo pretende analisar as inquietações, desafios e metas orientadoras do estágio Módulo II, apresentando uma síntese dos principais resultados obtidos.

No estágio Módulo I caracterizou-se o local de USF de estágio, onde os utentes inscritos eram designados em listas, privilegiando -se a estrutura familiar e o método de trabalho utilizado era o do enfermeiro de família. Analisou-se uma amostra de utentes do ficheiro enfermeira tutora, que evidenciou características comuns: famílias nucleares com dois membros pertencentes ao subsistema conjugal, em que um deles tinha DM2. Com a definição de critérios de seleção, identificaram-se sete famílias a que se prestaram cuidados no Módulo II. As consultas com as famílias tiveram lugar na USF e em contexto de domicílio. Fez-se recurso da entrevista familiar sistémica e utilizado o MDAIF para avaliação e intervenção nas famílias e a Teoria das transições de Meleis para sustentar a avaliação e intervenção individual.

O caminho de aprendizagem percorrido iniciou-se pela desconstrução de uma lógica de causalidade linear, com intervenções conservadoras, centradas na prescrição de soluções pré-feitas e levou à descoberta de uma abordagem ancorada na comunicação dialógica, centrada nos projetos de saúde vivenciados pela família e nas interações recursivas dos seus membros, focalizada no sistema familiar enquanto unidade dinâmica e de transformação. Através do aperfeiçoamento de competências na avaliação das reais necessidades das famílias e na disposição para estar, ouvir, trocar, ensinar, mas também aprender com as mesmas, compreendeu-se a imperiosidade de arquitetar planos de cuidados para os seus membros e para o seu coletivo, numa lógica negocial e de co-construção, com ênfase nas suas propriedades sistémicas, que se traduziram num cuidado efetivo através do uso de técnicas específicas, que exigiram apropriação. Com o desenvolvimento dos contatos com as famílias, a minha visão do papel do enfermeiro alterou. O enfermeiro deixou de ser um agente que dirige as mudanças no indivíduo (abordagem unidirecional, centrada no profissional), tendo a família como parceira, para ser um elemento que integra o processo, criando um contexto favorável à mudança do sistema familiar e dos seus membros, mudança essa identificada com a ajuda do enfermeiro e desejada pela família (abordagem motivacional centrada na família, não diretiva). Compreendi que o papel do enfermeiro passa por ajudar a família no processo de transição e ser facilitador do mesmo. E que as metas e objetivos a serem atingidos no plano terapêutico não são do enfermeiro, mas das famílias e por isso devem ser negociados, sendo o objetivo major a capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus processos de mudança.

Quanto às famílias que se teve o privilégio de contactar, na avaliação e intervenção familiar, foi desenvolvida a problemática da adaptação da família ao seu membro com DM2. Em linhas gerais, pode dizer-se que a presença da doença na vida de um dos membros representava uma ameaça à estabilidade do indivíduo, mas também da família, com repercussões a todos os níveis, trazendo mudanças para o processo de viver do todo familiar. Nas sete famílias foi identificado que a adaptação à DM2 e as estratégias de resolução de problemas eram diferentes, estando alinhadas com as situações vivenciadas por cada uma, bem como as suas características próprias. Ao se identificar o diagnóstico *Coping* Familiar Comprometido em todas as famílias avaliadas, por via do preenchimento de critérios de diagnóstico diferentes, compreende-se que apesar de todas lidarem com a mesma doença crónica, o tipo de adaptação que ocorreu em cada uma foi qualitativamente diferente. Apesar das famílias partilharem experiências comuns, o grau de sucesso com que negociavam as mudanças e as integraram na vida familiar era diferente. Deste modo, os resultados reforçam a ideia de que as experiências subjetivas de mudança familiar não podem ser inferidas exclusivamente a partir da patologia diagnosticada, mas antes pelas vivências específicas de cada sistema familiar. Efetivamente, as famílias responderam de multiversas maneiras, mas sempre num movimento circular dentro do sistema familiar, que se movia em torno do cuidado à saúde da pessoa portadora da DM2, de modo que a doença era assimilada no contexto familiar como algo que fazia parte do seu universo vivencial.

Ao observar-se as famílias, percebeu-se que existe um perfil do casal, em que as esposas são maioritariamente mais jovens e mais saudáveis do que os seus cônjuges, assumindo um papel preponderante na gestão da DM2. Atividades como preparar e lembrar da toma de medicação, preparar refeições, agendar consultas médicas/enfermagem foram relatadas pelas esposas de maridos portadores de DM2. De facto, existiram padrões no papel de género na gestão da DM2 que ficaram evidentes, pois as mulheres entrevistadas estavam predominantemente envolvidas na monitorização da saúde dos seus maridos, enquanto os homens tendiam a prestar menos atenção à gestão da doença das suas esposas, algo que é corroborado pela literatura.

Foi sentida alguma dificuldade na marcação das consultas iniciais às famílias. Esta questão prende-se, essencialmente, com a definição de saúde das famílias e com a sua perceção sobre o mandato social da profissão de enfermagem. Efetivamente, a definição de saúde está muito enraizada num conceito biomédico, em que os seus membros só sentem necessidade em cuidados aquando da manifestação da doença. Indivíduos e famílias, ainda têm dificuldade em reconhecer, no enfermeiro, competência para dar resposta às suas necessidades, com uma prática que se associa a ganhos em saúde significativos para o sistema familiar e os seus subsistemas, incluindo o individual. Deste modo, após o primeiro contato com cada família, onde ficou claro o *modus operandi* e os possíveis ganhos em saúde, a marcação de consultas foi facilitada, sendo que o contacto longitudinal com as famílias foi vantajoso. Reconhecida a responsabilidade acrescida em contribuir para a

correta representatividade social da enfermagem de saúde familiar junto dos indivíduos, famílias e mesmo dos pares, fez-se recurso de uma prática de cuidados que procurava ser de excelência, baseada num corpo de conhecimento próprio, que gerou satisfação das famílias, ganhos em saúde, e reconhecimento dos pares pela singularidade do trabalho desenvolvido. A avaliação e intervenção na SC em casais com membros idosos constituiu também, sem dúvida, um desafio, principalmente nos casais com comprometimento na comunicação de casal. De facto, há uma diferença entre viver a insatisfação conjugal e manifestá-la, sendo que os homens idosos, pela sociedade e cultura em que cresceram e se formaram, ainda têm dificuldade em expressar os seus pensamentos e sentimentos, pelo que foi necessário desenvolver competências adicionais na avaliação e intervenção no sistema conjugal.

Na prática clínica desenvolvida, os resultados obtidos traduziram-se em mudanças observadas nos juízos diagnósticos e considerou-se também a taxa de atingimento de indicadores pré-definidos no início do estágio. No total, foram elaborados um conjunto diversificado de diagnósticos (n=30), distribuídos pelas áreas de atenção que integram as dimensões da estrutura organizativa e avaliativa que é o MDAIF. A dimensão funcional, com 16 diagnósticos, foi a dimensão com maior proporção de diagnósticos de enfermagem identificados (53,33%), seguida da dimensão do desenvolvimento, com 14 diagnósticos de enfermagem (46,67%). Em média, identificaram-se cinco diagnósticos a cada família, sendo que em todas foram identificados os diagnósticos Satisfação Conjugal não Mantida, o Processo Familiar Disfuncional e o *Coping* Familiar não Eficaz. Da avaliação inicial para a avaliação dos resultados obtidos, após a dinamização das intervenções realizadas, verificou-se uma modificação positiva em todos os 30 diagnósticos definidos inicialmente, o que representa uma variação de 100% no total dos estados dos diagnósticos. Foi possível aplicar e treinar várias técnicas específicas, como: Metáfora, Rituais Familiares, Externalização, Conto Sistémico, Cartas Terapêuticas, Questão Milagre, Exceção e o Reenquadramento. O que se traduziu em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, significando um impacto positivo na saúde das famílias. Sendo que se obteve uma taxa de ganhos em saúde nas famílias intervencionadas na SC e no Processo Familiar de 100%.

São de assinalar também os ganhos em saúde dos membros das famílias, a nível individual, através da alteração positiva no estado dos diagnósticos de enfermagem individuais. A taxa de ganhos em saúde foram as seguintes: a nível da GRT foi de 71,4%; na adesão ao regime dietético 71,4%; na adesão ao regime de exercício 66,67%; na adesão ao regime medicamentoso 71,4% e na autovigilância 100%. É importante sublinhar que em nenhuma das pessoas portadoras de DM2 tinha sido avaliada a Aceitação do Estado de Saúde, o que exigiu que o começo do processo individual fosse por aí, para só depois se trabalhar as questões diretamente relacionadas com a GRT. O recurso aos MCD® foi sem dúvida uma mais valia, ao servir de ferramenta na orientação das pessoas com DM2 num processo de compreensão e internalização de informações sobre a sua doença, que possa resultar em

melhores decisões e ações de autogestão. Considera-se terem sido atingidos todos os objetivos propostos, tendo-se identificado intervenções de enfermagem que promoveram uma maior capacidade dos indivíduos e famílias para lidar com as transições associadas à DM2, bem como o alcance de uma gestão do regime terapêutico otimizada. Pode-se concluir, que os cuidados de enfermagem no âmbito da saúde familiar, baseados num paradigma sistémico e resultantes da aplicação da matriz operativa do MDAIF, assim como os cuidados aos membros das famílias, alicerçados na Teoria das Transições traduziram-se em ganhos na saúde familiar e dos membros individualmente, em cada uma das famílias a quem se prestou cuidados.

Um dos desafios que se coloca à ESF é, sem dúvida, a documentação dos cuidados no processo de enfermagem, da família, na medida em que os sistemas de informação em saúde ainda não estão ajustados ao paradigma sistémico e colaborativo. Dando um exemplo específico, o foco Satisfação Conjugal, figura no SClínico® sem qualquer atividade diagnóstica ou intervenção associadas, o que denota a necessidade de investimento nesta área, que permita uma maior visibilidade e valorização da prática na área da ESF. Identificou-se também que, nas unidades funcionais, estão contratualizados indicadores de enfermagem que não traduzem a abrangência e complexidade dos cuidados às famílias e respetivos ganhos em saúde. Os indicadores contratualizados focam-se apenas na promoção da saúde, prevenção e gestão da doença individual e não contemplam a saúde do sistema familiar e as suas especificidades. Neste sentido, é necessário o desenvolvimento de indicadores sensíveis aos cuidados de ESF, baseados num referencial teórico e operativo para a prática clínica da enfermagem de saúde familiar, como o MDAIF.

Enxergar a família através das lentes da globalidade constituiu um exercício de entrelaçamento da dimensionalidade da sua unidade, da complexidade da sua existência, da intersubjetividade das relações e da especificidade de cada membro, nas suas multiversas maneiras de viver, não apenas em torno da cronicidade da DM2, mas em todas as transições complexas do universo familiar. Os resultados obtidos refletiram tanto o atingimento dos objetivos propostos na planificação do plano cocriado com cada uma das famílias, como no projeto individual de desenvolvimento de competências; que foram cumpridos e excedidos com êxito. Este relatório não traduz apenas um trabalho académico, mas também todo o processo, que foi, sem dúvida, morfogénico e transformador, tanto a nível pessoal como profissional, de aquisição de competências na ECESF.

Em suma, há ainda um grande caminho a percorrer, na compreensão das experiências de saúde e doença das famílias, através de dimensões de idiosincrasia, multiplicidade, subjetividade, transformação, circularidade e recursividade. O facto de existirem poucos estudos publicados no domínio da ESF e sobre o tema abordado, reforça a necessidade de ser realizada mais investigação e divulgação de evidências nesta área.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, J. (2018) *Relação Conjugal Ao Longo Do Ciclo Vida: Satisfação, Comunicação, Motivação, Coesão e Adaptabilidade* [Doctoral dissertation; Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6846/1/TES%20AFON-J1.pdf>
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica* (3rd ed.). Edições Quarteto.
- Alberti, K. G., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleeman, J. I., Donato, K. A., Fruchart, J. C., James, W. P., Loria, C. M. & Smith, S. C., Jr. (2009). Harmonizing the Metabolic Syndrome. *Circulation*, 120(16), 1640-1645. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644>
- Alliger, G.M., Tannenbaum, S.I., Bennett, W., Jr., Traver, H., & Shotland, A. (1997). Uma meta-análise das relações entre critérios de treinamento. *Psicologia Pessoal*, 50 (2), 341-358. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1997.tb00911.x>
- Pititto, B. A., Dias, M. L., Moura, F. F., Lamounier, R., Vencio, S., & Calliari, L. E. (2021). Metas no tratamento do diabetes. *Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes*, <https://doi.org/10.29327/557753.2022-3>
- Almeida, C. V. (coordenação). (2023). *Ensaio sobre o conceito de literacia em saúde*. (1st ed.) Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Ponteditora. <https://saudefp.pt/livros-ensaio-sobre-o-conceito-de-38487>
- Ângelo, M., & Bousso, R. (2001). A enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. In P. A., Lotufo, R. Cutait & T.R., Pupo (Ed.), *Manual de Enfermagem* (1st ed., pp. 18-22). https://www.ee.usp.br/cartilhas/manual_de_enfermagem.pdf
- Alves-de-Lima, R.; Boccato-Alves, I. (2010). As particularidades da (in)satisfação conjugal antes e depois da chegada dos filhos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30 (79) p, 424-439. <https://www.redalyc.org/pdf/946/94615412014.pdf>
- Alves, R., Santos, A., Kislaya, I., Nunes, B., & Freire, A. (2022). Síndrome Metabólica em Portugal: Prevalência e Fatores Associados. *Acta Médica Portuguesa*, 35 (9), 633-643. <https://doi.org/10.20344/amp.15051>

- Amsrud, K. E., Lyberg, A. & Severinsson, E. (2015). The influence of clinical supervision and its potential for enhancing patient safety-Undergraduate nursing students views. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(6), 87-95. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n6p87>
- Araújo Y. B., Reichert, A.P., Vasconcelos, M.G. & Collet, N. (2013). Fragility of the social network of families of children with chronic disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (5), 675-681. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500006>
- Argyris, C. (1995). Action science and organizational learning. *Journal of Managerial Psychology*, 10 (6), 20-26. <https://doi.org/10.1108/02683949510093849>
- Azevedo, P. A., Modesto, C. M. (2016). The (re)organization of the family care center after facing the impact of the chronic situation of cardiovascular disease. *Saúde em Debate*, 40, (110), 183-194. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611014>
- Azevedo, T. M. (2018). “Os arquitetos da família”: rituais familiares, coesão familiar e satisfação conjugal em casais portugueses” [Master's thesis, Faculdade de Psicologia]. Repositório Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37110/1/ulfpie053197_tm.pdf
- Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of Training: A Review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41(1), 63-105. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x>
- Balswick, J. & Avertt, C. (1977). Diferenças na expressividade: gênero, orientação interpessoal e expressividade parental percebida como fatores contribuintes. *Diário do Casamento e da Família*, 39 (1), 121-127. <https://doi.org/10.2307/351068>
- Banerjee, M., Chakraborty, S., & Pal, R. (2020). Diabetes self-management amid COVID-19 pandemic. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14 (4), 351-354. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.013>
- Barbosa, G. S. (1996). *Perguntas na terapia familiar sistêmica: Um panorama histórico*. o [Master's thesis, Universidade Católica São Paulo]. Universidade Católica. http://www.sobrare.com.br/Uploads/20111207_monografia_de_tfs_gb.pdf
- Barbosa, D. C., Sousa, F. G. & Leite, J. L. (2015). Pontuando interveniências nas relações familiares frente ao cuidado à criança com condição crônica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24, (1), 87-95. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001820013>

- Barbosa, M., Garrido, L., Soares, L., Vilar, A., Marques, E. & Figueiredo, M. (2022). Família Veloso. In M. Figueiredo (Ed.), *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar - Estudos de Caso* (1st ed., pp. 235-272). Sabooks Editora.
- Barhum, L. (2019). Link between diabetes and hypertension. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/317220.php>
- Barragán, B. C., Tzontehua, I.T., Girón, N. R. & Solano, B.G. (2016). Experiencia de vivir con un integrante de la familia con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 6 (3), 28-37. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/211/experiencia-de-vivir-con-un-integrante-de-la-familia-con-diabetes-tipo-2/>
- Basa, V. (2019). Peer supervision in the therapeutic field. *European journal of counselling theory, research and practice*, 3(4), 1-10. https://www.academia.edu/40819099/Peer_Supervision_in_the_Therapeutic_Field
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Análise psicométrica da escala de autocuidado em diabetes. *Acta Médica Portuguesa*, 20 (1), 11-20. <https://doi.org/10.20344/amp.836>
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. [Unpublished doctoral dissertation]. Universidade Católica Portuguesa.
- Batista, J., Magalhães, C., Pinheiro, P., Ribeiro, A., Rosa, C., Silva, J. & Gonçalves, M. (2018). Terapia Narrativa de Reautoria. In I. Leal (Ed.). *Psicoterapias* (1st ed., pp. 185-202). Editora Pactor. http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/2176/1/Capitulo%2010_Terapia%20narrativa%20de%20reautoria.pdf
- Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Hudepohl, J. (2012). Couple-based interventions for medical problems. *Behavior Therapy*. 43(1), 61-76. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.008>

Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., Cypress, M., Faulkner, P., Fischl, A. H., Francis, T., Kolb, L. E., Lavin-Tompkins, J. M., MacLeod, J., Maryniuk, M., Mensing, C., Orzeck, E. A., Pope, D. D., Pulizzi, J. L., Reed, A. A, ... Seminário, L. & Wang, J. (2017). 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *The Diabetes Educator*, 43(5), 449-464
<https://doi.org/10.1177/0145721717722968>

Becvar, R.J.& Becvar, D.S. (2017). *Systems Theory and Family Therapy: A Primer* (3rd ed.). Hamilton Books.

Bennich, B. B., Røder, M. E., Overgaard, D., Egerod, I., Munch, L., Knop, F. K., Vilsbøll, T., & Konradsen, H. (2017). Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: an integrative review. *Diabetology & metabolic syndrome*, 9 (57), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13098-017-0256-7>

Berg, C. & Upchurch R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin*, 133 (1), 920-954.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.6.920>

Berggren, I. & Severinsson, E. (2000). The influence of clinical supervision on nurses moral decision making. *Nursing Ethics*, 7(2),124-133.
<https://doi.org/10.1177/096973300000700205>

Bermúdez, J. M., Reyes, N. A., & Wampler, K. S. (2006). Conflict resolution styles among Latino couples. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 5(4), 1-21.
https://doi.org/10.1300/J398v05n04_01

Bertalanffy, V. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas* (3rd ed.). Editora Vozes.

Bertolin, D.C., Pace, A. E., Cesarino, C.B., Ribeiro, R. C. Ribeiro, R. M. (2015). Psychological adaptation to and acceptance of type 2 diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(5), 440-446. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500074>

Bertoluci, M. C., Silva Júnior, W. S., Valente, F., Araujo, L. R., Lyra, R., de Castro, J. J., Raposo, J. F., Miranda, P. A. C., Boguszewski, C. L., Hohl, A., Duarte, R., Salles, J. E. N., Silva-Nunes, J., Dore, J., Melo, M., de Sá, J. R., Neves, J. S., Moreira, R. O., Malachias, M. V. B., Lamounier, R. N., ... Carvalho, D. (2023). 2023 UPDATE: Luso-Brazilian evidence-based guideline for the management of antidiabetic therapy in type 2 diabetes. *Diabetology & metabolic syndrome*, 15(1), 160.
<https://doi.org/10.1186/s13098-023-01121-x>

- Bertoni, A., & Bodenmann, G. (2010). Satisfied and dissatisfied couples. Positive and negative dimensions, conflict styles, and relationships with family of origin. *European Psychologist*, 15 (3), 175 - 184. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000015>
- Beverly, E.A., Ivanov, N.N., Court, A.B.& Fredricks, T.R. (2017). Is diabetes distress on your radar screen? *The Journal of Family Practice*, 66(1), 9-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28188312/>
- Beverly, E. A., Miller, C. K., and Wray, L. A. (2007). Spousal support and food-related behavior change in middle-aged and older adults living with type 2 diabetes. *Health Education & Behavior*, 35, 707-720. <https://doi.org/10.1177/1090198107299787>
- Bezerra, T., Manzato, V., Yamane, A., Madeiras, F., Rebucci, R., Ferreira, B., Santos, L., Carnevalli, F., Gomes, C., Hazarbasanov, R.(2022). O genograma como método de identificação de riscos em família atendida pela usafa noêmia em praia grande - SP. *Revista Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 14 (3), 1-9. <https://doi.org/10.36692/v14n3-08>
- Beyebach, M. (2014). La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones. In A. M. Fernández, (Ed.) *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp 449-480), Desclée de Brouwer. <https://aetsb.org/wp-content/uploads/2021/04/Capitulo-12.-El-modelo-TCS-abril-2014.pdf>
- Biagi-Borges, A. L. (2013). *A poética do desenho em terapia de casal*. [Master's thesis, Universidade Federal Uberlândia]. Repositório Institucional da Universidade Federal Uberlândia. <https://doi.org/10.14393/ufu.di.2013.333>
- Biagi-Borges, A. L., & Rasera, E. F. (2017). O uso do desenho em terapia de casal. *Psicologia Clínica*, 29(3), 495-517. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v29n3/08.pdf>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2023). <https://bicsp.min-saude.pt/>
- Bijlsma-Rutte, A., Braamse, A. M. J., Oppen, P., Snoek, F. J., Enzlin, P., Leusink, P., Nijpels, G. & Elders, P. J.M. Screening for sexual dissatisfaction among people with type 2 diabetes in primary care. *Journal Diabetes Complications*, 31(11), 1614-9 <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2017.07.020>
- Bohn, M., & Mosmann, C. P. (2020). O papel discriminante das estratégias de resolução de conflito conjugal nos níveis de mindfulness. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1-15. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8027>

- Bolze, S. D. A., Schmidt, B., Crepaldi, M. A., & Vieira, M. L. (2011). Conflito conjugal: Uma revisão da produção científica brasileira. *Pensando Famílias*, 15(2), 51-69. <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>
- Bradshaw, T., Butterworth, A. & Mairs, H. (2007). Does structured clinical supervision during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 4-12. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01021.x>
- Bruschini, C. (2007). Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não remunerado? In: C., Araújo, F., Picanço, C., Scalón (Eds.), *Novas conciliações e antigas tensões? Gênero, família e trabalho em perspectiva comparada* (1st ed., pp-21-58). Editora Edusc.
- Buchanan, T. W., Bagley, S.L., Stansfield, R.B. & Preston, S., D. (2011). The empathic, physiological resonance of stress. *Neurociência Social*, 7(2), 191-201. <https://doi.org/10.1080/17470919.2011.588723>
- Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar* (1st ed.). Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.
- Caetano, A. (2007). *Avaliação da Formação – Estudos em Organizações Portuguesas* (1st ed.). Livros Horizonte
- Carr, D., Freedman, V., Cornman, J., & Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, 7(6), 930-948. <http://dx.doi.org/10.1111/jomf.12133>
- Carpenter, KM & Addis, ME (2000). Alexithymia, Gender, and Responses to Depressive Symptoms. *Papéis sexuais: A Journal of Research*, 43 (9-10), 629- 644. <https://doi.org/10.1023/A:1007100523844>
- Castilho, A. C. (2012). Ação - Formulação- Tradição: A correspondência de Câmara Cascudo a Mário de Andrade de 1924 a 1944, entre proximidade e distância comunicativa. In M. Tavares. (Ed.) *História do Português Brasileiro no Rio Grande do Norte: Análise linguística e textual da correspondência de Luís da Câmara Cascudo a Mário de Andrade - 1924 a 1944* (pp.145-181). Edufrn.

- Carvalho, S. L., Ferreira, M. A., Medeiros, J. M., Queiroga, A. C., Moreira, T. R., & Moreira, T. R. (2018).. Conversation map: an educational strategy in the care of elderly people with diabetes mellitus. *Revsita Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 925-929. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0064>
- Ceitel, M. (2007). O papel da Formação no desenvolvimento de novas competências. In A. Caetano & J. Vala. *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas* (3th Ed.). Editora RH.
- César, A. B. (2008). A externalização do problema e a mudança de narrativas em terapia familiar com crianças. *Revista Nova Perspetiva Sistémica*, 31, 85-98. <https://dulwichcentre.com.au/a-externalizacao-do-problema.pdf>
- Chaves, F. F., Chaves, F. A., Cecílio, S. G., Amaral, M. A., & Torres, H. (2015). Mapa de conversação em diabetes: estratégia educativa na visão dos profissionais da saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(4), 859-863. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150066>
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão De Pessoas- O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (4th ed.). Editora Manole. https://www.academia.edu/93021947/CHIAVENATO_I_Gest%C3%A3o_de_Pessoas_o_novo_papel_dos_recursos_humanos_nas_organiza%C3%A7%C3%B5es_C%C3%B3pia
- Chomba, Z. N., Kiarie, J., & Njani, E. (2023). Influence of ethnicity on marital satisfaction among couples in intercultural marriages kiambu county, kenya. *International journal of education, psychology and counselling (IJEPC)*, 8(50), 123-139. <https://doi.org/10.35631/IJEPC.850009>
- Chudyk, A., & Petrella, R. J. (2011). Effects of exercise on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes care*, 34(5), 1228-1237. <https://doi.org/10.2337/dc10-1881>
- Cia, F., Pereira, C.S., Del Prette, Z.A. & Del Prette, A. (2006). Habilidades Sociais Parentais e o Relacionamento entre Pais e Filhos. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 73-81. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100009>
- Cohen, M. (2018). *Metaphor: its therapeutic use and construction - A Professional Guide to Using Metaphor in Psychotherapy and Counseling*. (1st ed.). Eugene, Oregon: Resource Publications.

Conceição, J., & Bueno, G. (2020). *101 técnicas da Terapia Cognitivo-comportamental*. (1st ed.). Editora UNC.

Constantin, V. (2019). Therapeutic Letters within an Unifying Experiential Intervention- a Way of Healing Through Creative Writing - Case study . *Journal of Experiential Psychotherapy*, 22(4), 9-16.
https://jep.ro/images/pdf/cuprins_reviste/88_art_02.pdf

Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2005). A Positive Revolution in Change: Appreciative Inquiry. In H., Peggy, T. Devone & S. Caden (2th ed.), *The Change Handbook* (pp. 73-88). Berrett-Koehler Publishers.
<http://www.mim.ac.mw/books/The%20Change%20Handbook.pdf>

Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional Skillfulness in Marriage: Intimacy As a Mediator of the Relationship Between Emotional Skillfulness and Marital Satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology* , 24(2), 218-235.
<http://dx.doi.org//10.1521/jscp.24.2.218.62270>

Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica* (1st ed.). Editorial Kapelusz.
https://www.academia.edu/28806407/Corman_Louis_Test_Del_Dibujo_de_La_Familia_En_La_Practica_Medico_pedagogica

Costa, C.; Cenci, C.; Mosmann, C. (2016). Conflito conjugal e estratégias de resolução: uma revisão sistemática da literatura. *Temas em Psicologia*, vol.24 (1) 325-338.
<http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-22>.

Craven, M., Simons, Z., de Groot, M. Diabetes distress among healthcare providers: A qualitative study. *Diabetes. Diabetes. Research and Clinical Practice*, 150 (1). 211-218. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.03.018>

Crespo, C. (2007). *Rituais familiares e o casal : paisagens inter-sistémicas* [Doctoral dissertation, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório da Unibersidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/42437>

Cullin, J. (2005). The Ethics of Paradox: Cybernetic and Postmodern Perspectives on Non-Direct Interventions In Therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 26(3), 138-146.
<https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2005.tb00661.x>

Dantas, R., Azevedo, T., Alves, M., Balsa, M., Alburquerque, I., Ferreira, M., Pedrosa, C., Gomes, F., Fonseca, C. & Guimarães, J. (2017). *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 12(1), 45-51. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpedm.2015.10.028>

Dantas, Y. L., Queiroz, A. G., Leite, F. R., & Deininger, L. (2017, Junho, 14). Utilização do genograma e ecomapa como ferramentas terapêuticas na saúde de idosos. [Conference session]. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, Brasil. https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_M_D1_SA1_ID999_02052017173814.pdf

Davidson, H., & Birmingham, C. L. (2001). Letter writing as a therapeutic tool. *Eating and weight disorders: EWD*, 6(1), 40-44. <https://doi.org/10.1007/BF03339750>

Davies, M. J., Aroda, V. R., Collins, B. S., Gabbay, R. A., Green, J., Maruthur, N. M., Rosas, S. E., Del Prato, S., Mathieu, C., Mingrone, G., Rossing, P., Tankova, T., Tsapas, A., Buse, J. B. (2022) Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD), 45 (11), 2753-2786. <https://doi.org/10.2337/dci22-0034>

Decreto-Lei 118/2014 do Conselho de Ministros. Diário da República: I série, nº 149 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf

Defeudis, G., Khazrai, Y. M., Rosa, C. D., Secchi, C., Montedoro, A., Maurizi, A. R., Palermo, A. Pozzilli, P. & Manfrini, S. (2018). Conversation Maps™, an effective tool for the management of males and females with type 2 diabetes and mildly impaired. *Hormônios* 17(1), 113-117 (2018). <https://doi.org/10.1007/s42000-018-0005-9>

Delgado, A. & Lima, M. (2001). Contributo para a avaliação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 81-100. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1114/1/PSD%202001%20%282%292%2081-100.pdf>

Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2008). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. (2nd ed.). Editora Vozes.

Despacho n.º 3823/2016 de 15 de março do Ministério da Saúde*. (2016). Diário da República: II Série, nº 52. (https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Despacho_3823_2016.pdf)

- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma nº 002/211 de Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. Relatório do programa nacional para a diabetes 2022: desafios e estratégias. DGS. (2022).
- Downward, P., Rasciute, S., & Kumar, H. (2022). Mental health and satisfaction with partners: a longitudinal analysis in the UK. *BMC Psychology*, 10(15), <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00723-w>
- Duarte, V.C. & Monteiro, E. (2017). Impacto da Doença Crónica e as Estratégias de Coping na Adaptação Familiar. *Cuid'arte Revista de Enfermagem*, 10(18), 13-19. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/41972>
- Duhamel, F. (2010). Implementing Family Nursing: How Do We Translate Knowledge Into Clinical Practice? Part II: The Evolution of 20 Years of Teaching, Research, and Practice to a Center of Excellence in Family Nursing. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 8-25. <https://doi.org/10.1177/1074840709360208>
- Dush, C. M. K., & Taylor, M. G. (2012). Trajectories of marital conflict across the life course: Predictors and interactions with marital happiness trajectories. *Journal of Family Issues*, 33(3), 341- 368. <http://dx.doi.org/10.1177/0192513X11409684>
- Enderle, C. d., Silveira, R. S., Dalmolin, G. d., & Lunardi, V. L. (2018). Teaching strategies: promoting the development of moral competence in undergraduate students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1650-1656. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0704>
- Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., Fothergil, A., & Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: The influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1007-1015. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01370.x>
- Ernawati, E., Damris, D. M., Revis, A., & Elrifda, S. (2022). Quão eficaz é a supervisão clínica em enfermagem? Uma Revisão Sistemática. *Journal of Clinet-Centered Nursing Care*, 8(2), 69-78. Obtido de <https://jccnc.iums.ac.ir/article-1-357-en.html>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2022). Guia Orientador: Estágio de natureza profissional Módulo I e Estágio de natureza profissional Módulo II.

Esteves, R. P. M., & Amaral, A. F. S. (2023). Teor da informação partilhada: Do discurso à documentação na tomada de decisão clínica em enfermagem. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI22006>

Falcão, D. V. S., Nunes, E. C. R. C., Bucher-Malusckhe, J. S. N. F. (2020). COVID-19: Repercussões nas Relações Conjugais, Familiares e Sociais de Casais Idosos em Distanciamento Social. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23, 531-556. <https://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23iEspecial28p531-556>

Falconier, MK e Kuhn, R. (2019). Coping diádico em casais: uma integração conceitual e uma revisão da literatura empírica. *Fronteiras em Psicologia*, 10(571), 1-23. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00571>

Féres-Carneiro T.; Neto, O. (2010). Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. *Paidéia*, 20 (46), 269-278. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000200014>.

Fiese, B. H. (2006). *Family routines and rituals (1st ed.)*. New Haven: Yale University Press. https://books.google.pt/books?id=PpDz0cbNxxgC&printsec=frontcover&source=gbs_ViewAPI&hl=pt-PT&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Figlie, N. B. & Guimarães, L. P. (2014). A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 34(87), 472-489. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000200011&lng=pt&tlng=pt.

Figueiredo, G.; Diniz, S. (2018). Mulheres, casamento e carreira: um olhar sob a perspetiva sistêmica feminista. *Nova Perspetiva Sistêmica*, 27(60), 100- 119 <http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632018v27n60a06>

Figueiredo, M. H. (2011). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]**. Repositório Aberto da Universidade do Porto -. <https://hdl.handle.net/10216/20569>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*(1st ed.). Lusociência.

Figueiredo, M. H., Ferreira, M.M., Silva, M.L. & Guedes, V.S. (2021). Self-perception of nurses' competence in family assessment and intervention. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 39(3), 161. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e13>

Figueiredo, P. M. (2005). A Influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciências & Cognição*, 6(1),123-132.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212005000300014&lng=pt&tlng=pt.

Fincham, F. D., Beach, S. R., & Davila, J. (2004). Forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 72-81.
<http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.18.1.72>

Fischer, A.R. & Good, G.E. (1997). Homens e psicoterapia: uma investigação sobre alexitimia, intimidade e papéis de gênero masculino. *Psicoterapia: Teoria, Pesquisa, Prática, Treinamento*, 34 (2), 160-170. <https://doi.org/10.1037/h0087646>

Fisher, L., Chesla, C., Skaff, M., Mullan, J., Kanter, R. (2002). Depression and anxiety among partners of European-American and Latino patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(9), 1564-1570. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.9.1564>

Fitzsimmons GM, Kay AC. Language and interpersonal cognition: Causal effects of variations in pronoun usage on perceptions of closeness. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2004; 30:547-557.

Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., Reese, J. B., Reeve, B. B., Shelby, R. A., & Weinfurt, K. P. (2016). Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *The journal of sexual medicine*, 13(11), 1642-1650.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>

- Fonseca, A. L., Guimarães, F. G., Salles, I. S., & Scopacasa, L. C. (2022, Outubro- 27 a 29*). Uso de ferramentas na prática clínica para abordagem familiar no contexto biopsicossocial nas unidades básicas de saúde da família* [Paper presentation]. 1ª Congresso Brasileiro de Ciência e Saberes Multidisciplinares, Rio Janeiro*. <https://conferenciasunifoa.emnuvens.com.br/tc/article/view/166>
- Franks, M. M., Pienta, A. M., & Wray, L. A. (2002). It takes two: Marriage and smoking cessation in the middle years. *Journal of Aging and Health*, 14, 336-354. <https://doi.org/10.1177/08964302014003002>
- Franks, M., Shields, C, Lim, E., Sands, L., Mobley, S., Boushey, C. (2012) I will if you will: Similarity in married partners' readiness to change health risk behaviors. *Health Education & Behavior*, 39, 324-331. <https://doi.org/10.1177/1090198111402824>
- Galdiolo, S., Culot, S., Delannoy, P., Mauroy, A., & Gaugue, J. (2022). Couple satisfaction during 1 year of the COVID-19 pandemic: Dyadic coping as a protective factor. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 11(3), 232-243. <https://doi.org/10.1037/cfp0000230>
- Gamerro, J.; Corrêa, R.; Guenter, R. (2008) O Interjogo da Conjugalidade à Parentalidade. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, n.6. www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php.
- Garcia, M. L., & Tassara, E. T. (2001). Estratégias de enfrentamento do cotidiano conjugal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 635-642. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000300019>
- Gardner M, M. & [McKinstry](#), C. (2021). Group clinical supervision for allied health professionals. *The Australian Journal of Rural Health*, 29(4), 538-548. <https://doi.org/10.1111/ajr.12775>
- Ghafoor, E., Riaz, M., Eichorst, B., Fawwad, A., & Basit, A. (2015). Evaluation of Diabetes Conversation Map™ Education Tools for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association*, 28(4), 230-235. <https://doi.org/10.2337/diaspect.28.4.230>
- Goodman, R. D., Calderon, A. M., & Tate, K. A. (2014). Liberation-focused Community Outreach: A Qualitative Exploration of Peer Group Supervision during Disaster Response. *Journal of Community Psychology*, 42(2), 228-236. <https://doi.org/10.1002/jcop.21606>

- Goudrea, J., Duhamel, F. & Ricard, N. (2006). The impact of a family systems nursing educational program on the practice of psychiatric nurses: A pilot study. *Journal of Nursing Education*, 12(3), 292-306. <https://doi.org/10.1177/1074840706291694>
- Gouveia-Pereira, M., & Miranda, M. P. (2022). *Livro manual terapia familiar* (1st ed.). Pactor Edições.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. (1st ed.) Editora Unesp.
- Gomes, M.B., Muniz, L.H., Melo, L.G., Pizarro, M.H., Senger, B., Barros, V., Santos, D. C., & Negrato, C.A. (2020). Health literacy and glycemic control in patients with diabetes: a tertiary care center study in Brazil. *Diabetol Metab Syndr*; 12, 11, 2-8. <https://doi.org/10.1186/s13098-020-0519-6>
- Gomes, G. C., Mota, M. S. Moreira, M.A. Jung, B.C., Xavier, D. M. & Silva, C. D. (2017). (Des) preparation of family member for the care of children with chronic illness. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 6 (1), 47-53. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i1.5737>
- Hedberg, B. (1981). How organizations learn and unlearn. In P. Nystrom, & V. Starbuck (Ed.) *Handbook of organizational design* (1st ed., pp 327-350) .Editora: Imprensa Universidade Oxford.
- Helgeson, V. S., Jakubiak, B., Seltman, H., Hausmann, L., & Korytkowski, M. (2017). Implicit and Explicit Communal Coping in Couples with Recently Diagnosed Type 2 Diabetes. *Journal of social and personal relationships*, 34(7), 1099-1121. <https://doi.org/10.1177/0265407516669604>
- Helms, H.; Walls, J.; Crouter, A. & McHale, S.M. (2010). Provider role attitudes, marital satisfaction, role overload and housework: A dyadic approach. *Journal of Family Psychology*, 24 (5), 568-577. <https://doi.org/10.1037/a0020637>
- Hernandez, J.; Baylão, V. (2020). Papéis Sexuais, Amor e Satisfação Conjugal em Indivíduos Heterossexuais e Homossexuais. *Psico-USF*, 25 (1), 27-38. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250103>.
- Holton, E. F. (1996). The flawed four-level evaluation model. *Human Resource Development Quarterly*, 7(1), 5-21. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hrdq.3920070103>
- Hanson, S. (2005) - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Lusociência.

- Heaven, C., Clegg, J. & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 313-325. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.08.008>
- Herod, A. (2003). Scale: the local and the Global. In Holloway, S., Rice, S., Valentine & G. Key (Ed.), *Concepts in Geography London* (pp.229-247). Sage Publications. https://www.researchgate.net/publication/247445656_Scale_The_local_and_the_global
- Hoppmann, C. A., & Blanchard-Fields, F. (2011). Problem-solving variability in older spouses: How is it linked to problem, person, and couple characteristics? *Psychology and Aging*, 26(3), 525-531. <https://doi.org/10.1037/a0024114>
- Houts, R.M., Barnett-Walker, K.C., Paley, B., & Cox, M.J. (2008). Patterns of couple interaction during the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 15, 103-122. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00187.x>
- Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 531-56. <https://doi.org/10.1080/01612840590931975>
- Instituto Nacional De Administração. (2016). *Formação Profissional na Administração Pública - Avaliação do Impacto da Formação na Administração Pública* (1st ed.). Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Função Pública. <https://www.ina.pt/index.php/not-outras/1406-condicionalidades-ex-ante-do-portugal-2020-modelo-de-avaliacao-de-impacto-da-formacao>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 - Resultados Definitivos Portugal* (1st ed.). https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_produtos&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526-3744>
- Instituto para a Qualidade na Formação. (2006). *Guia para a avaliação da formação* (1st ed.). Instituto para a Qualidade na Formação. <https://opac.iefp.pt/Images/winlibimg.aspx?skey=&doc=28919&img=39>

International Council of Nurses. (2005). Classificação Internacional para a prática de enfermagem- Versão 1. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

International Council of Nurses (2011). CIPE ® Versão 2 - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (1st ed.). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

International Diabetes Federation. (2022). *Annual Report*. https://idf.org/media/uploads/2023/07/IDF_Annual_Report_2022_Final.pdf

International Family Nursing Association (IFNA). (2017). *Declaração de Posição da IFNA sobre Competências de Prática Avançada para Enfermagem Familiar*. <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>

International Family Nursing Association (2023). *Modelos práticos para a prática de enfermagem com famílias*. <https://internationalfamilynursing.org/resources-for-family-nursing/practice/practice-models/>

Jablonski, B. (2010). A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 262-275. <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/393/315>.

Jackson, S., Steptoe, A., Wardle, J. (2015) The influence of partner's behavior on health behavior change: The English longitudinal study of ageing. *JAMA Internal Medicine*. 2015; 175 (1), 385-392. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7554>

Javadivala, Z., Allahverdipour, H., Asghari Jafarabadi, M., Azimi, S., Neda, G. & Vijay, K C. (2021). Maior satisfação do casal e comunicação com programas de casamento e relacionamento: existem diferenças de género? – uma revisão sistemática e meta-análise. *Sistema Revista* 10 (178), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01719-0>

Joaquim, N., Nunes, T., & Miranda, R. (2022). Intervenções educacionais baseadas na família para a autogestão da diabetes em adultos: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(1), 61-72. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i1.13064>

Johnson, M. D., Cohan, C. L., Davila, J., Lawrence, E., Rogge, R. D., Karney, B. R., ...Bradbury, T. N. (2005). Problem-solving skills and affective expressions as

predictors of change in marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 15-27. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.15>

Johnson, M. D., Lavner, J. A., Mund, M., Zemp, M., Stanley, S. M., Neyer, F. J., Impett, E. A., Rhoades, G. K., Bodenmann, G., Weidmann, R., Bühler, J. L., Burriss, R. P., Wünsche, J., & Grob, A. (2022). Within-Couple Associations Between Communication and Relationship Satisfaction Over Time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 48(4), 534-549. <https://doi.org/10.1177/01461672211016920>

Jolin, S., Lafontaine, M.-F., Brassard, A., & Lussier, Y. (2022). Which comes first? Associations between communication patterns and relationship satisfaction in couples over a 1-year period. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. <https://doi.org/10.1037/cbs0000342>

Jolin, S., Lafontaine, M. F., Lussier, Y., & Brassard, A. (2023). How Relationship Satisfaction and Negative Communication Trajectories Change in Emerging Adults' Dating Relationships: A Group-Based Dual Trajectory Analysis. *SAGE Journals - Emerging Adulthood*, 11 (2), 482-496. <https://doi.org/10.1177/21676968221128080>

Jozefacka, N. M., Szpakiewicz, E., Lech, D., Guzowski, K., & Kania, G. (2023). What Matters in a Relationship—Age, Sexual Satisfaction, Relationship Length, and Interpersonal Closeness as Predictors of Relationship Satisfaction in Young Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20(5), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054103>

Kaakinen, J.R., Coehlo, D.P., Steele, R., Tabacco, A. & Hanson, S.M. (2015). *Family Health Care Nursing - Theory, Practice, and Research* (5th ed.).

Kadushin, G., Berger, C., Gilbert, C., & Aubin, M.(2009). Models and Methods in Hospital Social Work Supervision. *The Clinical Supervisor*, 28(2), 180-199. <https://doi.org/10.1080/07325220903324660>

Kalka D. (2018). Depression symptoms, sexual satisfaction and satisfaction with a relationship in individuals with type 2 diabetes and sexual dysfunctions. Objawy depresji i satysfakcja seksualna a zadowolenie ze związku u osób z cukrzycą typu 2 z dysfunkcjami seksualnymi. *Psychiatria polska*, 52(6), 1087-1099. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/85192>

Kazemian, P., Shebl, F., McCann, N., Walensky, R., & Wexler, D. (2019). Evaluation of the Cascade of Diabetes Care in the United States, 2005-2016. *JAMA internal medicine*, 179(10), 1376-1385. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2396>

- Kelly, A. B., Halford, W. K., & Young, R. M. (2002). Couple communication and female problem drinking: A behavioral observation study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(3), 269-271. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.3.269>
- Keogh, B., Daly, L., & Byrne, G. (2022). Supporting resilience in older people: implications for nursing practice. *British journal of community nursing*, 27(6), 272-276. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.6.272>
- Kodama, S., Morikawa, S., Horikawa, C., Ishii, D., Fujihara, K., Yamamoto, M., Osawa, T., Kitasawa, M., Yamada, T., Kato, K., Tanaka, S. & Sone, H. (2019). Effect of family-oriented diabetes programs on glycemic control: a meta-analysis. *The Journal of Family Practice*, 36(4), 387-94. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz112>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M.A.M., Naglie, G. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping Review. *BMC Health Service Research*, 19 (564), 1-11 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Kontoangelos, K., Raptis, A., Lambadiari, V., Economou, M., Tsiori, S., Katsi, V., Papageorgiou, C., Martinaki, S., Dimitriadis, G., & Papageorgiou, C. (2022). Burnout Related to Diabetes Mellitus: A Critical Analysis. *Clinical practice and epidemiology in mental Health*. <https://doi.org/10.2174/17450179-v18-e2209010>
- Kuipers, P., Pager, S., Bell, K., Hall, F., & Kendall, M. (2013). Do structured arrangements for multidisciplinary peer group supervision make a difference for allied health professional outcomes? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10(6), 391-397. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S51339>
- Lamb, C. (1980). The use of paradoxical intention: self-management through laughter. *The Personnel and Guidance Journal*, 59(4), 217-219. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1980.tb00535.x>
- Lantz, I. & Severinsson, E. (2001). The influence of focus group oriented supervision on intensive care nurses reflections on family members needs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(3), 128-137 <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1548>
- Larson, J. H.; Peterson, D. J.; Heath, V. A. & Birch, P. (2000). The Relationship Between Perceived Dysfunctional Family-of-Origin Rules and Intimacy in Young Adult Dating Relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 161-175. <https://doi.org/10.1080/009262300278560>

- Lau, C.Y., Kong, A.P., Lau, J.T., Chan, V., & Mo, P.K. (2021). Coping skills and glycaemic control: the mediating role of diabetes distress. *Acta Diabetologica*, 58(1), 1071-1079. <https://doi.org/10.1007/s00592-021-01679-w>
- Lee, A., Leung, S. & Mak, Y. (2012). The application of family-nursing assessment skills: From classroom to hospital ward among final-year nursing undergraduates in Hong Kong. *Nurse Education Today*, 32(1), 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.01.013>
- Leggett, D. G., Roberts-Pittman, B., Byczek, S., & Morse, D. T. (2012). Cooperation, conflict, and marital satisfaction: Bridging theory, research, and practice. *The Journal of Individual Psychology*, 68(2), 182-199. <https://psycnet.apa.org/record/2012-13606-006>
- Leopold, T., Skopek, J. & Schluz, F. (2018). Gender Convergence in Housework Time: A Life Course and Cohort Perspective.” *Sociological Science* 5(1) 281-303. <https://doi.org/10.15195/v5.a13>
- Levant, R. F. (2001). Desperately seeking language: Understanding, assessing and treating normative male alexithymia. Brooks and G. Good, 1, 424-443. San Francisco: Jossey-Bass. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16813-021>
- Lewis, M., DeVellis, B., & Sleath, B. (2002). Interpersonal communication and social influence. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (3^a Ed.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 363-402). Jossey-Bass. https://www.academia.edu/6487965/HEALTH_BEHAVIOR_AND_HEALTH_EDUCATION_Theory_Research_and_Practice_3TH_EDITION
- Li, K., Cardinal, B. J., & Acock, A. C. (2013). Concordance of physical activity trajectories among middle-aged and older married couples: Impact of diseases and functional difficulties. *Journal of Gerontology: Série B - Psychological Sciences*, 68 (5), 794-806. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt068>
- Liao, J., Wu, X., Wang, C., Xiao, X., Cai, Y., Wu, M., Liu, Y., Chen, X., Wu, S., Yang, Y. & Xu, D. (2020). Couple-based collaborative management model of type 2 diabetes mellitus for community-dwelling older adults in China: protocol for a hybrid type 1 randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01528-5>
- Lima, G. C., Guimarães, A. M., Silva, J. R., Otero, L. M., & Gois, C. F. (2019). Educação em saúde e dispositivos metodológicos aplicados na assistência ao Diabetes Mellitus. 43(120), 150-158. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912011>

- Lima, R. A. (2010). *O Teste do Desenho do Casal no diagnóstico da satisfação conjugal* [Doctoral dissertation, Instituto de Psicologia], Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo.
<https://doi.org/10.11606/T.47.2010.tde-15022011-101129>
- Lobão, C., Gaspar, M. Marques, A. & Sousa, P. (2009). Aceitando o Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Revista Referência*, 2ª série, N° 11, p. 23-36.
https://www.researchgate.net/publication/286381881_Aceitando_o_Contranatura_O_processo_de_aceitacao_do_estado_de_saude_da_pessoa_com_ostomia
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lourenço, M.M. (2006). *Casal: conjugalidade e ciclo evolutivo* [Doctoral dissertation, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/973>
- Luz, S. K. & Mosmann, C. P. (2018). Funcionalidade e comunicação conjugal em diferentes etapas do ciclo de vida. *Revista da SPAGESP*, 19(1), 21-34.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Machado, M. (2012). Compreender a Terapia Familiar. *Psicologia*. 1-19.
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0626.pdf>
- Madlabana, C. Z., Mashamba-Thompson, T. P., & Petersen, I. (2020). Performance management methods and practices among nurses in primary health care settings: a systematic scoping review protocol. *Systematic Reviews*, 40(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s13643-020-01294-w>
- Magnusson, A., Lützén, K. & Severinsson, E. (2002). The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness. *Sweden. Journal of Nursing Management*, 10(1), 37-45. <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00292.x>
- Maley, A. (2012). Creative writing for students and teachers. *Humanizing Language Teaching*, 14(3), 1-18. <http://old.hltmag.co.uk/jun12/mart01.htm>

- Marcon, S. S., Radovanovic, C.A., Waidman, M.A., Oliveira, M.L. & Sales, C. A. (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 14(1), 116-124. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000500015>
- Markman, H. J., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., Ragan, E. P., & Whitton, S. W. (2010). The premarital communication roots of marital distress and divorce: The first five years of marriage. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 289-298. <https://doi.org/10.1037/a0019481>
- Marques, F., Botelho, M., Marcon, S. & Pupulim, J. (2014). Coping strategies used by family members of individuals receiving hemodialysis. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23 (4), 915-924. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002220011>
- Martin, L. R., Feig, C., Maksoudian, C. R., Wysong, K., & Faasse, K. (2018). A perspective on nonadherence to drug therapy: psychological barriers and strategies to overcome nonadherence. *Patient preference and adherence*, 12, 1527-1535. <https://doi.org/10.2147/PPA.S155971>
- Martinez-Libano, J. & Yeomans, M. M. (2021). Couples Satisfaction during the Covid-19 Pandemic: a Systematic Review. *Psychology and Education*, 58(3), 1848-1860 <https://repositorio.uvm.cl/server/api/core/bitstreams/7f59b89d-2dc6-40b6-ae35-dc2a3b3c37d7/content>
- Martins, A. J.; Martins, J. P.; Santos, S. A. Seivas, S. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Referência*, 4(14), 9-16. <http://www.index-f.com/referencia/2017/414009.php>
- Martins, M. M. F. P. S., Fernandes, C. S. (2021). Aprender a aprender com as famílias. In I. Bica, C. Chaves, A. Andrade, O. Amaral & E. Coutinho (Eds.), *A família no epicentro da pandemia* (pp. 28-31). Instituto Politécnico de Viseu. https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/livros/eBook_Familia_v3.PDF
- Martire, L. M. & Helgeson, V. (2017). Close relationships and the management of chronic illness: Associations and interventions. *American Psychologist*, 72(6), 601-612. <https://dx.doi.org/10.1037/amp0000066>
- Maschio, G., Silva, A., Celish, K., Silva, T., Souza, S. & Filho, C. (2019). The Family Relationships When Dealing With a Chronic Disease: The Family Caregiver Viewpoint. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11 (2), 470-474. <https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.470-474>

- Maslakpak, M.H., Razmara, S. & Niazkhani, Z. (2017). Effects of face-to-face and telephone-based family-oriented education on self-care behavior and patient outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Journal of diabetes research*, 2017 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1155/2017/8404328>
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2014). Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2010.08.011.Autogenic>
- Mayor, A.S. & Farias, F., R. (2012, Setembro, 3 -6). *Transformações no Casamento e Satisfação: Fatores Mnemônicos Conjugal* [Paper presentation]. Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades, Rio de Janeiro. <https://docplayer.com.br/18922973-Transformacoes-no-casamento-e-satisfacao-conjugal-fatores-mnemonicos.html>
- McElfish, P. A., Long, C. R., Kohler, P. O., Yeary, K.H., Bursac, Z., Narcisse M.R., Félix, H., Rowland, B., Hudson, J. & Goulden, P., (2019). Comparative effectiveness and maintenance of diabetes self-management education interventions for Marshallese patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 42(5), 849-58. <https://doi.org/10.2337/dc18-1985>
- McEwen, M., Baird, M.; Pasvogel, A.; Gallegos, G. (2007). Experiências de transição saúde-doença entre mulheres imigrantes mexicanas com diabetes. *Saúde Familiar e Comunitária* 30(3), 201-212, <https://doi.org/10.1097/01.FCH.0000277763.70031.0d>
- McNulty, J. K., O'Mara, E. M., & Karney, B. R. (2008). Benevolent cognitions as a strategy of relationship maintenance: "Don't sweat the small stuff" ... but it is not all small stuff. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(4), 631-646. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.4.631>
- McNulty, J. K., & Russell, V. M. (2010). When "negative" behaviors are positive: A contextual analysis of the long-term effects of problemsolving behaviors on changes in relationship satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 587-604. <https://doi.org/10.1037/a0017479>
- Meireles, G. S. (2019). Aspectos psicológicos das disfunções sexuais. *Revista Brasileira da Sexualidade Humana*, 30(2), 47-54. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i2.83>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In Meleis, A., *Transitions Theory: Middle-Range and SituationSpecific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp.52-64). New York: Springer Publishing Company.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Guia de decisão clínica* (1st ed.). Lidel.
- Mendes, R., Dias, E., Gama, A., Castelo-Branco, M. & Themudo-Barata, J. (2013). Prática de exercício físico e níveis de atividade física habitual em doentes com diabetes tipo 2 - estudo piloto em Portugal. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 8(1), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.rpedm.2012.05.001>
- Mendes, R., Sousa, N., Almeida, A., Subtil, P., Guedes-Marques, F., Reis, V. M., & Themudo-Barata, J. L. (2016). Exercise prescription for patients with type 2 diabetes-a synthesis of international recommendations: narrative review. *British journal of sports medicine*, 50(22), 1379-1381. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094895>
- Menezes, T., Moreira, A. C., Matos, S. G., Silva, L. E., Pinho, E. L., & Oliveira, K. (2022). Entrevista Motivacional: Estratégia de Melhoria do Comportamento Alimentar de Idosos com Doenças Crônicas. *Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia*, 23(2), 39-48. <https://doi.org/10.36977/ercct.v21i2.274>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013) *Motivational Interview - helping people change* (3. ed.) The Guilford Press.
- Mioto, R. C. (1998). Família e Saúde Mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. *Revista Katálisis*, 0(2), 20-26. <https://doi.org/10.1590/%25x>
- Mó R., Plácido A.I., Herdeiro M.T., Martins C., Carlos R., Morgado, M., & Roque F. (2020). Avaliação da gestão e da adesão ao regime terapêutico em idosos polimedicados numa região da Beira Interior, Portugal. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 9(2), 3-15. <https://actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/218/210>
- Mohammadi, F., Nikan, A., Movasagh, F., & Paymard, A. (2019). The effect of clinical supervision on clinical decision. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 11(1), 1761-1765. <https://doi.org/10.31838/ijpr/2019.11.01.130>

- Moraga, S. (2014). *El enfoque centrado en soluciones en la terapia de parejas presentación de caso clínico*. [Master's thesis, Instituto Terapia Centrada en Soluciones Latinoamérica] www.psicoterapiacentradaensoluciones.cl/wp-content/uploads/2017/03/Enfoque-Centrado-en-Soluciones-en-Terapia-de-Parejas.pdf
- Moréjon, A.R., Beyebach, M. (1997). Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 34, 39-56. https://issuu.com/marvini77/docs/reflexiones_sobre_el_trabajo_con_soluciones_en_ter
- Morin, L., Johnell, K., Laroche, M. L., Fastbom, J., & Wastesson, J. W. (2018). The epidemiology of polypharmacy in older adults: Register-based prospective cohort study. *Clinical Epidemiology*, 10, 289-298. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S153458>
- Mosmann, C.; Wagner, A.; Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade Conjugal: Mapeando Conceitos. *Paidéia*, 16(35), p. 315-325. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300003>.
- Muhlen, B. K. V., & Sattler, M. (2016). Empoderando mulheres nas relações conjugais: rumo à satisfação conjugal. *Pensando famílias*, 20(2), 192-201. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000200014&lng=pt&tlng=pt.
- Musquim, C. d., Araújo, L. F., Bellato, R., & Dolina, J. V. (2013). Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 654-664. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.17730>
- Mussumeci, A.; Ponciano, E. (2018). Coping e coping diádico: uma análise qualitativa das estratégias de coping de casais. *Psicologia Clínica*, 30(1), 165-190. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v30n1/10.pdf>.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades Satisfeitas, mas não perfeitas - À Procura do Padrão Que Liga* [Doctoral dissertation, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/42324>

- Neves, A. S., Dias, A. S. F. & Paravidini, J. L. L. (2013). A psicodinâmica conjugal e a contemporaneidade. *Psicologia Clínica*, 25(2), 73-87. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Nguyen, H.T., Black, S.A., Ray, L.A., Espino, D.V. & Markides, K.S. (2002). Predictors of decline in MMSE scores among older Mexican Americans. *The Journals of Gerontology A Biological Sciences and Medical Sciences*, 57 (3), 181-185. <https://doi.org/10.1093/gerona/57.3.m181>
- Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., Kokoszka, A., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Stuckey, H., Tarkun, I., Vallis, M., Wens, J., Peyrot, M., & DAWN2 Study Group (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 30(7), 767-777. <https://doi.org/10.1111/dme.12245>
- Nóbrega, V. M., Reichert, A.P., Silva, K. L., Coutinho, S.E. & Collet, N. (2012). Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 16(4), 781-788. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400020>
- Nogren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. & Sharllin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), p. 575-584. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300020>
- Novis, A. L. de F. (2016). Contos e terapia narrativa: possibilitando novas conversas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 25(55), 7-18. <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/132>
- O'Donnell, C., Popovich, S., Lee, N., & Hides, L. (2022). Barriers and facilitators to accessing effective clinical supervision and the implementation of a clinical supervision exchange model in the Australian alcohol and other drugs sector. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 988-1002. <https://doi.org/10.1111/dar.13450>
- Odume, B. B., Ofoegbu, O. S., Aniwada, E. C., & Okechukwu, E. F. (2015). A influência das características familiares no controle glicêmico em adultos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 atendidos no ambulatório geral, Hospital Nacional, Abuja, Nigéria. *South African Family Practice*, 57(6), 347-353. <http://dx.doi.org/10.1080/20786190.2015.1090688>

- Ohl, R. I., Chavaglia, S. R., Gomes, J. L., Freitas, M. A., & Gamba, M. A. (2019). Mapa de conversação como estratégia de ensino para o desenvolvimento do autocuidado em diabetes mellitus. *Emfermagem em Foco*, 10(2), 99-117. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1964>
- Oliveira, P., Henriqueta, M., Apóstolo, J., & Leite, C. (2020). Práticas educativas em enfermagem de saúde familiar: contributo para o desenvolvimento das competências clínicas dos enfermeiros. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 427-431. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31676/1/427-431.pdf>
- O'Hagan, C., De Vito, G., & Boreham, C. A. (2013). Exercise prescription in the treatment of type 2 diabetes mellitus: current practices, existing guidelines and future directions. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 43(1), 39-49. <https://doi.org/10.1007/s40279-012-0004-y>
- Oliveira, P., Figueiredo, M., Apóstolo, J. & Leite, C. (2018). The impact on training of the dynamic model for assessment and family intervention. *Suplemento Digital Revista Research Innovation Development in Nursing*, 41(11-12), 319 - 324. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31749/1/2017_319-324.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer nº 10/2017*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2023). *Tomada de Posição nº01/2023 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária - Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Paiva, L. P., & Rases, E. F. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clínica*, 24(1), 193-207. <https://www.scielo.br/j/pc/a/d66df8rmxy9pYCrFvhVP9ww/?format=pdf&lang=pt>
- Paleari, F. G., Regalia, C., & Fincham, F. D. (2010). Forgiveness and conflict resolution in close relationships: Within and cross partner effects. *Universidade Psychologica*, 9(1), 35-56. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-1.fcrc>
- Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K. & Vatanasomboon, A. (2017). Systematic review: family support integrated with diabetes self-management among uncontrolled type II diabetes mellitus patients. *Behavioral Sciences*, 7(3), 62. <https://doi.org/10.3390/bs7030062>

- Pantoja, J. S., Martins, M.G. (2020). Habilidades de comunicação interpessoal entre casais: Contribuições da terapia cognitivo comportamental. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 15 (10),138-164. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/comunicacao-interpessoal>
- Papp, P. (1980). The Greek chorus and other techniques of paradoxical therapy. *Fam Process*, 19(1), 45-57. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00045.x>.
- Pascoal, P. M., Narciso, I., & Pereira, N. M. (2014). What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of sex research*, 51(1), 22-30. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.815149>
- Pavão, A. L. B., Werneck, G.L., Saboga-Nunes, L & Souza, R. A. (2021). Avaliação da literacia para a saúde de pacientes portadores de diabetes acompanhados em um ambulatório público. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(10), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084819>
- Pearson, J., Naselaris, T., Holmes, E. A., & Kosslyn, S. M. (2015). Mental Imagery: Functional Mechanisms and Clinical Applications. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(10), 590-602. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.08.003>
- Perher, N. (2010). Variáveis que devem ser consideradas na avaliação da qualidade do relacionamento conjugal. *Revista Perspectivas em análise do comportamento*, 1(2), 116-129. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-35482010000200005
- Petean, E., Araújo, L. & Bellato, R. (2016). Dimensão espaço-tempo e os atos-attitudes de cuidado na experiência familiar. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8 (3), 4738. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4738-4748>
- Pinheiro, F.; Costa, E. (2020). Menopausa: Preditores Da Satisfação Conjugal Psicologia, Saúde & Doenças. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 21(2), 322-342 <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210208>.
- Placido, A., Herdeiro, M., Morgado, M., Figueiras, A., Roque, F. (2020). Drug-related Problems in Home-dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Clinical Therapeutics*, 42(4), 559-572 e14. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.02.005>

- Plentz, R. D.; Andretta, I. (2014). A eficácia das terapias comportamentais de casal na satisfação conjugal / The effectiveness of behavioral couple therapies in marital satisfaction. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 16(3), 30-43. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848063?lang=fr>
- Poletto, M., Kristensen, C., Grassi-Oliveira, R., Boeckel, M. (2014). Uso da técnica da linha de vida em terapia familiar sistêmica cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(1), 68-80. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v17i1.773>
- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of Advancing Nursing*, 73(8), 1825-1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>.
- Powers, T. A., Koestner, R., Denes, A., Cornelius, T., & Gorin, A. A. (2022). Autonomy support in a couples weight loss trial: Helping yourself while helping others. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, 40(1), 70-78. <https://doi.org/10.1037/fsh0000663>
- Qingyin, L., Ziyuan, C., Cui, Z., Mengyu, X., Yinglan, L., Xiaoyan, J., Jing, L. & Xiaoyi, F. (2023). Does routine communication predict marital satisfaction? between- and within-person effects. *Journal of Family Studies*. <https://doi.org/10.1080/13229400.2023.2214531>
- Qasim, R., Masih, S., Yousafzai, M. T., Shah, H., Manan, A., Shah, Y., Yaqoob, M., Razzaq, A., Khan, A. & Rohilla, A. R. (2020). Diabetes conversation map - a novel tool for diabetes management self-efficacy among type 2 diabetes patients in Pakistan: a randomized controlled trial. *BMC Endocrine Disorders*, 20(88), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12902-020-00572-x>
- Reaney, M., Zorzo, E. G., Golay, A., Hermanns, N., Cleall, S., Petzinger, U., & Koivisto, V. (2013). Impact of Conversation Map™ Education Tools Versus Regular Care on Diabetes-Related Knowledge of People With Type 2 Diabetes: A Randomized, Controlled Study. *Diabetes Spectrum*, 26(4), 236-245. <https://doi.org/10.2337/diaspect.26.4.236>
- Regulamento n.º 367/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar da Ordem dos Enfermeiros.* (2015). Diário da República: II série, N.º 124. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8155/regulamento-2015_367-pqce-saudefamiliar.pdf
- Regulamento n.º 428/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.* (2018). Diário

da República: II série, Nº 135. Ordem dos Enfermeiros.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *(2019)
Diário da República: II série, Nº 26. Ordem dos Enfermeiros
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Rehman, U.S. & Holtzworth-Munroe, A. (2007). A cross-cultural examination of the relation of marital communication behaviour to marital satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 21 (4), 759-763. <http://dx.doi.org//10.1037/0893-3200.21.4.759>

Reis, M., Barros, T., Dantas, T., Ferreira, E., Saavedra, C., Barcelos, G., Carvalho, I. & Nascimento, M. (2021). *Intervenções Criativas na Terapia de Casal*. Editora Universo Psi.

Relvas, A. P. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 4(14), 563-579.
https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3180/1/AP_1996_4_563.pdf

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família - Perspectiva sistémica*. (2nd ed). Edições Afrontamento.

Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho: da teoria à terapia com a família*. (2nd ed.). Quarteto Editora.

Ribeiro, C. (2007). Família, saúde e doença. O que diz a investigação? *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 23(3), 299-306.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10363>

Rintala, T., Jaatinen, P., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P. (2013). Interrelation between adult persons with diabetes and their family: a systematic review of the literature. *Journal of Family Nursing*, 19(1), 3-28. <https://doi.org/10.1177/1074840712471899>

Rodrigues, M., Almeida, A., Suleman, F. M. & Perestelo, M. (1994). *O levantamento de necessidades de formação- Revelância e balanço da experiência acumulada (1st ed.)*. Editorial do Ministério da Educação.

- Rodriguez-Gutierrez, R., Gionfriddo, M.R., Ospina, N.S., Maraka, S., Tamhane, S., Montori, V.M., Brito, J.P. (2016). Shared decision making in endocrinology: present and future directions. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(8), 706-716. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00468-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00468-4)
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, and disability. An integrative treatment model*. New York: Basic Books
- Rolland, J.S. (1995). Doença Crônica e o Ciclo de Vida Familiar. In C., Betty, M. Goldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2nd, pp.373-392). Artmed Editora.
- Rolland J. S. (2005). Cancer and the family: an integrative model. *Cancer*, 104(11 Suppl), 2584-2595. <https://doi.org/10.1002/cncr.21489>
- Rosa, N. M. (2018). *Avós guardiões : fronteiras e limites entre avosidade e parentalidade* [Master's thesis Instituto de Psicologia], Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul- <http://hdl.handle.net/10183/183272>
- Rosado, J. S., & Wagner, A. (2015). Qualidade, ajustamento e satisfação conjugal: revisão sistemática da literatura. *Pensando famílias*, 19(2), 21-33. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Ross, C. E., & Van Willigen, M. (1996). Gender, Parenthood, and Anger. *Journal of Marriage and Family*, 58(3), 572-584. <https://doi.org/10.2307/353718>
- Rothwell, C., Kehoe, A., Farook, S. & Illingue, J. (2021). *Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: a rapid evidence review*. *BMJ Open*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052929>
- Samuel-Hodge, C. D., Cene, C. W., Corsino, L., Thomas, C., & Svetkey, L. P. (2013). Family diabetes matters: a view from the other side. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 428-435. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2230-2>
- Sanches, M. C., & Peixoto, M. L. (1996). O todo não é a soma das partes. *Toxicodependências*, 2(1), 45-65. https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/389/artigo5pdf.pdf

- Sanches, R., Baldissoro, V., Peçanha, A. & Radovanovic, C. (2017) The family quotidian: the stage of experience of the illnesses of a young adult. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 21 (1),1046. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170056>
- Sanford, K. (2003). Problem-solving conversations in marriage: Does it matter what topics couples discuss? *Personal Relationships*, 10 (1), 97 - 112. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6811.00038>
- Sanford, K. (2006). Communication during marital conflict: When couples alter their appraisal, they change their behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 256-265. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.256>
- Santos, W. M., Lopes, R. F., & Neufeld, C. B. (2013). Relação Terapêutica e Terapia Narrativa: entrevista com Miguel Gonçalves. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(1). <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130009>
- Santoso, S., Sari, R. K. & Anggorowati, A. (2017). The reflective supervision model: An effort to increase nurse job satisfaction. *Belitung Nursing Journal*, 3(5),496-507. <https://doi.org/10.33546/bnj.195>
- Saper B. (1988). Humor in psychiatric healing. *The Psychiatric quarterly*, 59(4), 306-319. <https://doi.org/10.1007/BF01064921>
- Schoebi, D., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2012). Stability and change in the first 10 years of marriage: Does commitment confer benefits beyond the effects of satisfaction? *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(4), 729- 742. <https://doi.org/10.1037/a0026290>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. dos. (2010). Casar e ser feliz: mapeando a mensuração da satisfação conjugal. *Revista Psico*, 40(4), 430-437. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4512>
- Shon, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Artmed.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In A. I. Meleis (Ed). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38-51). Springer Publishing Company. https://www.google.pt/books/edition/Transitions_Theory/TdLhXm5fpx8C?hl=pt-PT&gbpv=1&dq=Transitions:+A+Central+Concept+in+Nursing+2010&printsec=frontcover

- Schumann, N. R., Farmer, N. M., Shreve, M. M., & Corley, A. M. (2020). Structured peer group supervision: A safe space to grow. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(1), 108-114. <https://doi.org/10.1037/int0000180>
- Seider, B. H., Hirschberger, G., Nelson, K. L., & Levenson, R. W. (2009). We can work it out: Age differences in relational pronouns, physiology, and behavior in marital conflict. *Psychology and Aging*, 24(3), 604-613. <https://doi.org/10.1037/a0016950>
- Sequeira, J. (2020). A escultura familiar: aplicações terapêuticas nas terapias sistêmicas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(68), 19-30. <http://dx.doi.org/10.38034/nps.v29i68.525>
- Silva, I. L. (2010). *Psicologia da Diabetes* (2nd ed.). Placebo Editora LDA. https://www.sp-pt/uploads/publicacoes/113_c.pdf
- Silva, M. N., Barata, J. L., & Teixeira, P. J. (2013). Exercício físico na diabetes: missão impossível ou uma questão de motivação? 32(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0870-2551\(13\)70046-5](https://doi.org/10.1016/S0870-2551(13)70046-5)
- Silva, L. P., & Vandenberghe, L. (2009). Comunicação *versus* resolução de problemas numa sessão única de terapia comportamental de casal. *Revista BTCC*, 11(1), 43-60. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100005
- Silva-Dias, A. Y., Weber, L. N., Philippsen, M., Barros, B. E., & Rodrigues, N. D. (2023). Programas educacionais para casais: uma revisão sistemática da literatura. *Research, Society and Development*, 12(2), p.1-31. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.38481>
- Silveira, R.M.H. & Silveira, B.R. (2016). A doença na literatura infanto-juvenil - análise de quatro obras contemporâneas. *Revista Via Atlântica*, 29(1), 389-406. <https://doi.org/10.11606/va.v0i29.108001>
- Simmons, R. A., Gordon, P. C., & Chambless, D. L. (2005). Pronouns in marital interaction what do “you” and “i” say about marital health? *Psychological Science*, 16(12), 932-936. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01639.x>
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. (1st ed.). Casa do psicólogo.

- Sociedade Portuguesa Diabetologia. (2018). *Educação Terapêutica na Diabetes - Competências dos Profissionais de Saúde e das Pessoas com Diabetes (1st ed.)*. Sociedade Portuguesa Diabetologia. [https://www.spd.pt/images/uploads/20200804-181314/booklet_educacao_terapeutica%20\(1\).pdf](https://www.spd.pt/images/uploads/20200804-181314/booklet_educacao_terapeutica%20(1).pdf)
- Sociedade Portuguesa Diabetologia. (2022). *Manual de Comunicação Eficaz na Diabetes*. (1st ed.) Grupo de Estudos para a Educação em Diabetes. <https://www.spd.pt/#/manual-de-comunicacao-eficaz-em-diabetes-ged>
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. C., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60-63. <https://doi.org/10.18764/>
- Sousa, M.R., Vilar, A.I., Sousa, C. N. & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (p.15-26). <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>
- Sociedade Portuguesa de Arte Terapia. (2017). Arte Viva - Edição Especial 20 anos. *Revista Portuguesa de Arterapia*, nº7(1), 1-106 http://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/Arte_Viva_2017_2018_FINAL-2-1.pdf
- Speed, L. J., O'Meara, C., Roque, L. S., & Majid, A. (2019). *Perception Metaphors-Converging Evidence in Language and Communication Research* (1st ed.). Editora John Benjamins.
- Srulovici, E., Key, C., Rotem, M., Golfenshtein, N., Balicer, R. D., & Shadmi, E. (2017). Diabetes Conversation Map™ and health outcomes: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 99-109. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.004>
- Stephens, M.A., Franks, M.M., Rook, K.S., Iida, M., Hemphill, R.C., Salem, J.K. (2013). Spouses' attempts to regulate day-to-day dietary adherence among patients with type 2 diabetes. *Health Psychology*, 32(1), 1029-1037. <https://doi.org/10.1037/a0030018>
- Storaasli, R., & Markman, H. (1990). Relationship problems in early stages of marriage: A longitudinal investigation. *Journal of Family Psychology*, 4(1), 80-98. <https://doi.org/doi:10.1037/0893-3200.4.1.80>

- Štulhofer, A., Jurin, T., Graham, C., Enzlin, P., & Træen, B. (2019). Bem-estar sexual em homens e mulheres idosos: Construção e validação de uma medida multidimensional em quatro países europeus. *Journal of Happiness Studies: Um Fórum Interdisciplinar sobre Bem-Estar Subjetivo*, 20 (7), 2329-2350. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0049-1>
- Sullivan, K. T., Pasch, L. A., Johnson, M. D., & Bradbury, T. N. (2010). Social support, problem solving, and the longitudinal course of newlywed marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 631-644. <https://doi.org/10.1037/a0017578>
- Sundler, A. J., Blomberg, K., Bisholt, B., Eklund, A., Windahl, J. & Larsson, M. (2019). Experiences of supervision during clinical education among specialised nursing students in Sweden: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 79 (1), 20- 24. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.009>
- Tallman, I., & Hsiao, Y. L. (2004). Resources, cooperation, and problem solving in early marriage. *Social Psychology Quarterly*, 67(2), 172-188. <http://dx.doi.org/10.1177/019027250406700204>
- Tavora, M. T. (2009). Contrato emocional e código de ética: Pilares da reconstrução conjugal. *Psicologia*, 40(1), 50-57. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewArticle/3999>
- Tay, D. (2013). *Metaphor in Psychotherapy - A descriptive and prescriptive analysis* (1st ed.) John Benjamins Publishing Company.
- Teykal, C. M., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). O homem atual e a inserção da mulher no mercado de trabalho. *Psico*, 38(3). <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2888>
- Törneke, N. (2017). *Metaphor in Practice. A Professional's Guide to Using the Science of Language in Psychotherapy* (1st ed.). NewHarbinger Publications.
- Torossian, M. S., Heleno, M. G. V., & Vizzotto, M.M. (2009). Relacionamento conjugal e o fenômeno da violência doméstica: Um estudo de caso. *Psicologia da Saúde*, 17(1), 12-16. <https://www.researchgate.net/profile/Mm->

[Vizzotto/publication/273304516_Relacionamento_Conjugal_e_o_Fenomeno_da_Violencia_Domestica_Um_Estudo_de_Caso/links/56f76c2708ae95e8b6d2c000/Relacionamento-Conjugal-e-o-Fenomeno-da-Violencia-Domestica-Um-Estudo-de-Caso.pdf](https://vizzotto/publication/273304516_Relacionamento_Conjugal_e_o_Fenomeno_da_Violencia_Domestica_Um_Estudo_de_Caso/links/56f76c2708ae95e8b6d2c000/Relacionamento-Conjugal-e-o-Fenomeno-da-Violencia-Domestica-Um-Estudo-de-Caso.pdf)

Torres, A. R. (1995). Integrações e revisões no campo das terpias familiares-poderá haver um modelo global? *Revista de Psiquiatria Clinica*, 16(4), pp. 227-240. <https://portaroma.tripod.com/webonmediacontents/Integra%C3%A7%C3%B5es%20e%20Revis%C3%B5es%20No%20Campo%20Das%20Terapias%20Familiares.pdf>

Tosin, A, S. (2005). *O Psicodiagnóstico e as Abordagens Sistêmico-Familiares*. Trabalho apresentado ao [Master's thesis, Familiare Instituto Sistêmico]. <http://institutofamiliare.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Anna-Silvia-Tosin-2005-O-Psicodiagnostico-e-as-Abordagens-Sistemico.pdf>

Trief, P. M., Fisher, L., Sandberg, J., Hessler, D. M., Cibula, D. A., & Weinstock, R. S. (2019). Two for one? Effects of a couples intervention on partners of persons with Type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 36(4), 473-481. <https://doi.org/10.1111/dme.13871>

Trief, M., Poutz-Snyder, R., Dee Britton, K. & Weinstock, R. (2004). A relação entre a qualidade conjugal e a adesão ao regime de tratamento do diabetes, *Annals of Behavioral Medicine*, 27 (3), 148-154. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2703_2

Tu, J., Liu, Y., Wu, X., Xu, D., & Liao, J. (2021). Dyadic appraisal and coping with illness among older Chinese adults with type 2 diabetes mellitus: a qualitative study. *Age and ageing*, 50(3), 928-935. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa245>

Tulleners, T., Campbell, C., & Taylor, M. (2023). The experience of nurses participating in peer group supervision: A qualitative systematic review. *Nurse Education in Practice*, 69 (1). <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103606>

Tissot, D.W. & Falcke, D. (2017). A conjugalidade nas diferentes etapas do ciclo vital familiar. *Quaderns de Psicologia*, 19(3), 265-276. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1399>.

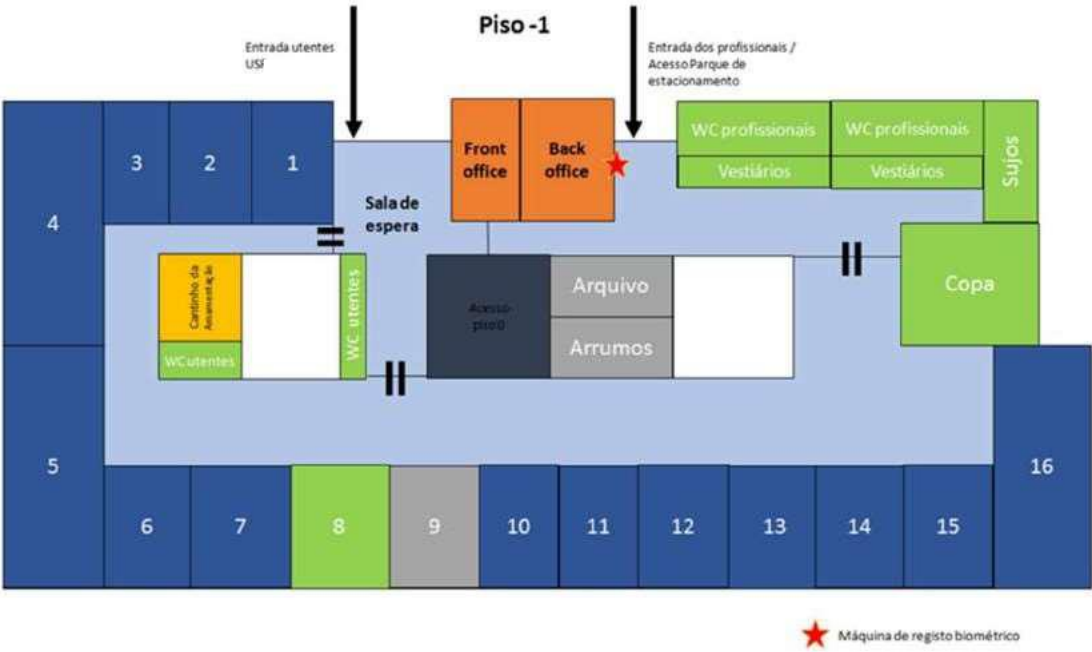
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2018). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD002099. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002099.pub3>
- Uysal, A., Lin, H. L., Knee, C. R., & Bush, A. L. (2012). The association between self-concealment from one's partner and relationship well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(1), 39-51. <https://doi.org/10.1177/0146167211429331>
- Valverde, C. (1998). *A avaliação de programas de formação profissional contínua: ensaio para a compreensão das concepções orientadoras: reflexões a partir de um estudo de caso*. [Master's thesis, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/52226>
- Vasconcelos, C. E. G. D. C., Cabral, M. M. L. G. F., Ramos, E. C. P., & Mendes, R. D. C. (2021). Benefits of adding food education sessions to an exercise programme on cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes. *Journal of nutritional science*, 10(1), e59. <https://doi.org/10.1017/jns.2021.50>.
- Velada, A. R. (2008). *Avaliação da eficácia da formação profissional: factores que afectam a transferência da formação para o local de trabalho*. [Doctoral dissertation, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa- Departamento de Psicologia Social e das Organizações].Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/626>
- Veldorale-Brogan, A., Lambert, N. M., Fincham, F. D., & DeWall, C. N. (2013). The virtue of problem-solving: Perceived partner virtues as predictors of problem-solving efficacy. *Personal Relationships*, 20(3), 511-523. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2012.01421.x>
- Verhofstadt, L. L., Buysse, A., Ickes, W., De Clercq, A., & Peene, O. J. (2005). Conflict and support interactions in marriage: An analysis of couples interactive behavior and on- line cognition. *Personal Relationships*, 12(1), 23-42. <https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00100.x>
- Villas Boas, L.C.G, Lima, M.L.S. & Pace, A. E. (2014). Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3155.2386>
- Von Buedingen, F., Hammer, M. S., Meid, A. D., Müller, W. E., Gerlach, F. M., & Muth, C. (2018). Changes in prescribed medicines in older patients with multimorbidity and polypharmacy in general practice. *BMC family practice*, 19(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0825-3>

- Watzlawick, P.; Helmick, J.; Beavin, D. & Jackson, D. (1973). *Pragmática da Comunicação Humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. (9ª ed.). Editora Cultrix.
- Weitkamp, K., Feger, F., Landolt, S. A., Roth, M., & Bodenmann, G. (2021). Dyadic Coping in Couples Facing Chronic Physical Illness: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 12 (1), 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722740>
- West, J. & Zarski, J. (2011). The counselor's use of the paradoxical procedure in family therapy. *The Personnel and Guidance Journal*, 62(1), 34-37. [10.1111/j.2164-4918.1983.tb00114.x](https://doi.org/10.1111/j.2164-4918.1983.tb00114.x)
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos* (1st ed.). Edições Paidós. https://www.researchgate.net/publication/49550028_Medios_narrativos_para_fines_terapeuticos
- Withidpanyawong, U., Lerkiatbundit, S. & Saengcharoen, W. (2019). Family-based intervention by pharmacists for type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *Patient education and counseling*, 102(1), 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.015>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action* (1st ed.). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. https://cnapef.files.wordpress.com/2020/04/global-action-plan-on-physical-activity-2018-2030_inglc3aas.pdf
- World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021* (1st ed.). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (1990). Trends in Nursing of Families. *Journal of advanced Nursing*, 15(2), 148-154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01795.x>

- Wright, L.M. & Leahey, M. (1999). Maximizando o tempo, minimizando o sofrimento: a entrevista familiar de 15 minutos (ou menos). *Revista de Enfermagem Familiar*, 5(3), 259-274. <https://doi.org/10.1177/107484079900500302>
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness (1st ed.)*. Basic Books.
- Xu, A., Chomutare, T. & Iyengar, S. (2014). Persuasive attributes of medication adherence interventions for older adults: a systematic review. *Technology and health care*, 22(1), 189-198. <https://doi.org/10.3233/THC-140812>
- Yorgason, J. B., Sandberg, J. G., Weinstock, R. S., Trief, P. M., Fisher, L., & Hessler, D. (2019). The importance of relationship processes for lowering BMI over time in women with type 2 diabetes in a randomized controlled trial. *Obesity Research & Clinical Practice*, 13(6), 599-601. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2019.08.003>
- Yulianita, H., Tutik, R., Hariyati, R. T., Pujasari, H., Komariah, M., & Nita, F. A. (2020). Improving the quality of nursing documentation using supervision of the head of room. *Eurasian Journal of Biosciences*, 14(1), 7579-7584. https://www.researchgate.net/publication/348860555_Improving_the_quality_of_nursing_documentation_using_supervision_of_the_head_of_room
- Yuswanto, T. & Ernawati, N. (2018). Developing the clinical supervision model based on proctor theory and interpersonal relationship cycle (PIR-C). *International Journal of Advances in Scientific Research and Engineering*. 4(12), 203-209. <https://doi.org/10.31695/IJASRE.2018.33023>
- Zatloukal, L., & Žákovský, D. (2019). Utilizing Metaphors in Solution-Focused Therapy. *Revista Familiar Contemporanea*, 41(2), 24-36. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9468-8>
- Zordan, E., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspetiva*, 36(136), 133-142. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf

ANEXOS

ANEXO I - Diagrama das instalações da USF



ANEXO II- Fatores que influenciam a Satisfação Conjugal

O que importa em um relacionamento: idade, satisfação sexual, duração do relacionamento e proximidade interpessoal como preditores de satisfação no relacionamento em jovens adultos	
Jozefacka et al., 2023	
Fatores influenciadores SC	Autores
Intimidade, compromisso e paixão	Sternberg, 1986
percepção da atitude, comportamento e comunicação do parceiro	Gurrero, 1994
satisfação sexual	Renaud et al., 1997; Lewandowski & Schrage, 2010; Żak-Łykus et al., 2013; Jozefacka et al., 2023

Comunicação conjugal negativa e aberta: modelo interdependente de efeito ator/parceiro no ajustamento conjugal.	
Costa & Mosmann, 2020	
Fatores influenciadores SC	Autores
Estilo comunicação	Driver et al., 2016; Madhyastha et al., 2011
Interdependência do casal	Boscolo & Bertrando, 2013; Mattelart, 2009; Watzlawick et al., 1973
Comunicação construtiva	Baucom et al., 2015

Habilidades de comunicação interpessoal entre casais: contribuições da terapia cognitivo comportamental	
Pantoja & Martins, 2020	
Fatores influenciadores SC	Autores
comunicação positiva	Silva & Vandenberghe, 2008
Habilidade social	Caballo, 2010
capacidade empática	Portella, 2011
comportamentos desencadeantes de conflitos (crítica, a exigência, o acúmulo de aborrecimentos, mágoas e a rejeição)	Chistensen & Jacobson, 2000; Silva & Vandenberghe, 2008

Menopausa: preditores da satisfação conjugal,	
Pinheiro & Costa, 2020	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
idade, nível de escolaridade, níveis de stress, níveis de qualidade de vida social, condição física e psicológica, estádios da menopausa	Pinheiro & Costa, 2020
Satisfação com vida sexual	McNulty et al., 2016
Aspectos psicológicos e somáticos da menopausa	Rodrigues, 2015
desemprego	Deeks, 2003
casamentos coesos, cooperativos e de companheirismo e a saúde e bem-estar geral dos parceiros conjugais	Fielder & Kurpius, 2005

Casar e ser feliz: mapeando a mensuração da satisfação conjugal Scorsolini-Comin & Santos, 2010	
Fatores influenciadores SC	Autores
a ideia de estabilidade, adequação e adaptação entre os sujeitos envolvidos na relação	Wagner & Falcke, 2001
O contexto da vida social, capacidade de resolução de conflitos	Bauman, 2004; Garcia & Tassara, 2001 e 2003
concordância do casal a respeito da conduta frente a valores e normas sociais, organização das carreiras e tarefas domésticas; o envolvimento em atividades extrafamiliares juntos, frequência de troca de ideias estimulantes, frequência com a qual trabalham juntos em um projeto; frequência de demonstrações de afeto e relações sexuais	Perlin, 2006

Papéis Sexuais, Amor e Satisfação Conjugal em Indivíduos Heterossexuais e Homossexuais Hernandez & Baylão, 2020	
Fatores influenciadores SC	Autores
paixão, intimidade e decisão/compromisso	Sternberg, 2006 Lewis, 2011
maneiras positivas de lidar com as dificuldades da relação, expressão de afeto	Kurdek, 2008
intimidade	Deenen et al., 1994; Lavner, 2017
comunicação	Kurdek, 2008
processos de relacionamento (respeito e valorização das diferenças individuais, emoções e interações positivas, comunicação e negociação eficazes) e características positivas de relacionamento (intimidade, compromisso e ideais igualitários)	Rostosky & Riggle, 2017

COVID-19: Repercussões nas Relações Conjugais, Familiares e Sociais de Casais Idosos em Distanciamento Social Falcão, Nunes, &., Bucher-Maluschke, 2020	
Fatores influenciadores SC	Autores
as experiências da família de origem, bem como o nível educacional, econômico e cultural do casal. A resiliência, a autorregulação emocional, a adaptabilidade e a flexibilidade	Falcão, 2016
parceiro como disponível quando necessário, bem como ser percebido como fonte de apoio	Birditt et al., 2019
laços emocionais, padrões de comunicação capacidade de alterar regras e papéis no relacionamento, perante a crise	Minuchin, 1982; Olson, et al., 1979
sentimentos e as expectativas acerca do casamento	Costa, et al., 2015

COVID-19: Repercussões nas Relações Conjugais, Familiares e Sociais de Casais Idosos em Distanciamento Social Falcão, Nunes, &., Bucher-Maluschke, 2020 (continuação)	
Fatores influenciadores SC	Autores
estratégias de enfrentamento utilizadas pelos cônjuges para lidar com os conflitos	Landis, et al.,2013
comunicação	Overall, 2020
Educação e comportamento dos filhos, saída tardia dos filhos de casa, experiências vivenciadas na família de origem, investimento em questões pessoais, as questões financeiras	Costa, et al.,2015
Existência de netos, bisnetos	Falcão, et al.,2006
amor, o compromisso e o companheirismo; a admiração pelo cônjuge; as crenças de que o casamento é para a vida toda; evitar a solidão	Falcão et al.,2020
amor, companheirismo, qualidades próprias e do outro, convivência, costume, tempo de união, religiosidade/fé em Deus, cultura/educação	Alves-Silva et al., (2016)
familismo, compromisso com o cônjuge, lealdade, visão do casamento ao longo da vida, expressões de afeto, respeito e tomada de decisão	Falcão et al., (2019)

A conjugalidade nas diferentes etapas do ciclo vital familiar Tissot & Falcke, 2017	
Fatores influenciadores SC	Autores
Nível de compromisso no relacionamento, intimidade e paixão e níveis de escolaridade.	Rizzon et al., 2013
motivos que levaram o casal a iniciar o relacionamento, o histórico de relacionamentos anteriores, como funciona a divisão financeira, as diferenças de idade e culturais entre os parceiros, o grau de intimidade do casal, bem como suas práticas sexuais, os padrões de interação, a existência de fontes exteriores de reforço da relação, o impacto de traições, efeitos de doenças, planos de vida do casal, aspetos relacionados à separação e as decisões sobre os filhos	Nicolau Pergher, 2010
Opção do casal de ter ou não ter filhos	Rios & Gomes, 2009
a percepção de aliança parental	Teves, 2008 Machado, 2008
prioridades de cada cônjuge em termos de carreira e filhos, nível de contribuição na renda familiar e divisão de tarefas culminam na manifestação de lideranças e poderes	Souza et al., 2007
Comunicação no casal	Luz, 2015

Empoderando Mulheres nas Relações Conjugais: Rumo à Satisfação Conjugal Muhlen & Sattle, 2016	
Fatores influenciadores SC	Autores
Níveis de ansiedade de abandono e desconforto com proximidade	Kilman et al., 2013
expressividade emocional, estratégias para lidar com conflitos, e apoio dos parceiros	Collins & Freeney, 2004
intimidade, conflito, divisão de poder, avaliação global da qualidade da relação, comunicação	Pace et al. (2015)
O nível de satisfação com intimidade	Wainberg & Hutz, 2012
Construções culturais Diálogo, empatia responsabilidade de gênero, divisões igualitárias de trabalho, deveres domésticos, parentalidade, emprego, e finanças	Bellinger, 2013)
Resolução de problemas - aceitar o ponto de vista do outro, seus sentimentos e comportamentos, escutar com a mente aberta e atitude positiva e uso do humor (não sarcástico)	Black et al., 2013
Senso de humor	Tapia-Villanueva, 2014
Simetria nos recursos financeiros	Boris, 2012
Gasto do dinheiro	Courduriès, 2011
ciúmes	Scheinkman & Werneck, 2010
Excesso de uso das redes sociais	Santos e Melo, 2013

Conflito Conjugal e Estratégias de Resolução: Uma Revisão Sistemática da Literatura Costa, Cenci, Mosmann, 2016	
Desacordos conjugais	Fincham et al., 2007; Mosmann & Falcke, 2011; Tallman & Hsiao, 2004)
Impasses com a educação dos filhos, à negociação sobre o tempo que os parceiros passam juntos, à administração do dinheiro, à divisão das tarefas domésticas	Mosmann & Falcke, 2011
questões de infidelidade e dinheiro	Stieglitz et al., 2012
a empatia, a percepção de competência em si mesmo e no cônjuge, a atribuição de gravidade dos problemas	Cundiff et al., 2012; Hoppmann & Blanchard-Fields, 2011; Leggett et al., 2012; McNulty et al., 2008; Miller & Rempel, 2004; Paleari et al., 2010; Sanford, 2006; Tallman & Hsiao, 2004; Veldorale-Brogan et al., 2013
gênero, Características individuais, Processos interacionais e Tempo de união	Cheng, 2010; Karahana, 2009; McNulty et al., 2008; Paleari et al., 2010; Papp et al., 2007; Rehman et al., 2011; Smith et al., 2009; Uysal et al., 2012; Verhofstadt et al., 2005
Tempo de união	Hoppmann & Blanchard-Fields, 2011; Smith et al., 2009; Stieglitz et al., 2012

Qualidade, Ajustamento e Satisfação Conjugal: Revisão Sistemática da Literatura Rosado & Wagner, 2015	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
Aparecimento de doenças	Beach et al., 2003; Belsky, 1984; Uebelacker et al., 2003
o nível de educação, tempo de duração da relação e idade dos cônjuges	Allendorf & Ghimire, 2013; Bertoni & Bodenmann, 2010
contexto, os motivos para a escolha do cônjuge, a idade, e o nível socioeconômico	Falcke, 2003; Ferreira, 2003; Griffin, 1993
Uso compulsivo da internet	Kerkhof et al., 2011

A eficácia das terapias comportamentais de casal na satisfação conjugal Plentz & Andretta, 2014	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
satisfação do indivíduo; fatores como sucesso profissional, amizades, religião, moradia e finanças	Fowers, 2001 Kiecolt-Glaser & Newton, 2001
a comunicação eficiente, a capacidade de resolver conflitos, bem como a preocupação em compreender o parceiro e a presença de comportamentos em benefício do cônjuge	Gottman, 1995 Sardinha et al., 2009 Machado, 2007
Comunicação	Silva 2008 Schmaling, Fruzzetti, Jacobson, 1997
O reconhecimento e o sentimento de gratidão frente a gestos positivos	Algoe et al., 2010 Sardinha et al., 2009
habilidades de comunicação e resolução de conflitos, a preocupação em compreender o parceiro e comportamentos para satisfazê-lo	Sardinha et al., 2009

A psicodinâmica conjugal e a contemporaneidade Neves, Dias & Paravidini, 2013	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
articulação entre individualidade e conjugalidade	Féres-Carneiro & Ziviani, 2009
individualismo exacerbado	Lasch, 1998

Transformações no casamento e satisfação conjugal: fatores mnemônicos Mayor & Farias, 2012	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
intimidade comunicativa - sentimento de ser compreendido pelo parceiro, podendo confiar e se comunicar com o mesmo	Hernandez & Bassetto, 2003
comunicação	Carlson & Sperry, 1999
Sentimentos/pensamentos positivos e negativos	Gottman & Silver, 2000
Perspetiva de longevidade de cada um	Pinsof, 2002
participação feminina no mercado de trabalho	Mayor & Farias, 2012
experiências vividas e observadas no núcleo familiar	Silva et al., 2010

Variáveis que devem ser consideradas na avaliação da qualidade do relacionamento conjugal Pergher, 2010	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
Motivos do início do relacionamento: Casar grávida; Unões arranjadas	Sidman, 2003
Histórico de relacionamentos: Histórico de rejeição; Relacionamentos tardios; Violência sexual Excesso de exigência	Reichenheim et al., 1999; Williams, 2006 Amazarray & Koller, 1998; Brino & Williams, 2003; Ferrari, 2002
Divisão financeira	Skinner (1953;2000) e Baum (1999)
divisão financeira; o papel de cada um dos membros do casal na obtenção e divisão dos recursos	Teykal & Rocha-Coutinho, 2007
Diferenças de idade e culturais; grau de intimidade; papel de decisor no casal; planos de vida em conjunto	Pergher, 2010
Práticas sexuais	Rodrigues, 2000; 2001
comportamentos investigatórios e inquisitórios	Buss, 2000; Costa, 2005
Competição entre os elementos do casal	Sidman, 2003
Agressividade	Pinheiro et al., 2006
Traições	Costa, 2005; Leite, 2000
Depressão num dos elementos do casal	Mead, 2002; Schestatsky & Fleck, 1999
Doenças crônicas e terminais	Brown, 1995
Abortos	Costa et al.,1995; Osis et al.,1994
Decisão de ter filhos	Rios & Gomes, 2009
Tratamentos para a infertilidade	Costa, 1995
Estilos parentais	Gomide, 2003
Decisão de separação	Feres-Carneiro, 1998

As particularidades da (in)satisfação conjugal antes e depois da chegada dos filhos Lima et al., 2010	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
papeis na família	Béjin, 1987
capacidade dos seus membros de exporem verbalmente suas queixas e expectativas	Costa & Katz, 1992
capacidade de negociar e resolver conflitos amigavelmente.	Johnson & Booth, 1998
expectativa que os cônjuges têm sobre o seu relacionamento	Burr et. al, 1979; Sternberg, 1989; Murray et al.,1996; Arriaga, 2001
necessidades e desejos de cada um	Norgren et al, 2004
experiências de vida da pessoa, histórico de relações e nível de exigência	Bystronski, 1995
momento do ciclo de vida familiar em que se encontra o casal	Féres-Carneiro, 2003

As particularidades da (in)satisfação conjugal antes e depois da chegada dos filhos Lima et al., 2010 (continuação)	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
Transição para a parentalidade	Rollins & Cannon, 1974; Magagnin et al., 2003; Pittman, 1994
o cansaço oriundo da educação e criação dos filhos e a tempo para a intimidade/comunicação do casal	Kurdeck, 1993; Silva & Relvas, 2007
resolução dos problemas e a adaptação às situações quotidianas	Schakelford & Buss, 1997
cooperação e o apoio dos cônjuges na tarefa da criação dos filhos	Wagner & Mosmann, 2009
Organização do estilo de vida, tarefas diárias	Norgren, 2002

O Interjogo da Conjugalidade à Parentalidade Gamerro et al., 2008	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
Tempo investido, afetos	Segundo Cicco et. al, 2005
Comunicação relacional	Lopes & Menezes, 2007
padrão de desejabilidade	Garcia & Tassara, 2001
Etapa do ciclo vital	Lopes & Menezes, 2007
Expectativas individuais	Féres & Magalhães, 2000

Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível Nogren et al., 2004	
Fatores influenciadores satisfação conjugal	Autores
compromisso com a relação; respeito pelo outro como melhor amigo; lealdade; abertura mútua; valores morais fortes e compartilhados; compromisso com a fidelidade sexual; desejo de ser um bom pai; fé em Deus e compromisso espiritual; camaradagem entre os cônjuges	Fennel, 1987
Perceção de apoio; Nível de conflito; Fontes prazer mútuo	Gagnon et al., 1999
Valorização do outro; compromisso com o cônjuge e com o casamento; senso de humor; consenso sobre vários assuntos	Lauer et al., 1990 Notarius & Markman, 1993
aspectos preocupantes num relacionamento a crítica, o desprezo, a defesa e a teimosia	Gottman, 1994
boa habilidade de resolução de conflitos; confiança; compromisso com o outro; apreciação, amor e respeito mútuos; habilidade em dar e receber; comunicação; sensibilidade; valores e interesses; crença na dimensão espiritual da vida.	Sharlin et al., 2000
proximidade; solução de problemas; coesão; comunicação; status económico e religião	Nogren et al., 2004

ANEXO III - Escala de Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes

ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por F. Bastos e C. Lopes C (2004)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos **sete** dias. Se esteve doente durante os últimos **sete** dias, por favor lembre-se dos últimos **sete** dias em que não estava doente.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias							
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA								
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. ACTIVIDADE FÍSICA								
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA								
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7
5. CUIDADOS COM OS PÉS								
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7
6. MEDICAMENTOS								
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6	7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
7. HÁBITOS TABÁGICOS								
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	Não ☐ Sim ☐							
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____								
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?	Nunca ☐ Há mais de 2 anos atrás ☐ Um a dois anos atrás ☐ Quatro a doze meses atrás ☐ Um a três meses atrás ☐ No último mês ☐ Hoje ☐							

ANEXO IV - Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos

Escala MAT

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Delgado e Lima (2001)

ANEXO V - Escala de Avaliação do Risco de Diabetes Tipo 2

Avaliação de risco de Diabetes tipo 2

Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final.

1. Idade

- ☐ Menos de 45 anos - 0 p.
- ☐ 45 - 54 anos - 2 p.
- ☐ 55 - 64 anos - 3 p.
- ☐ Mais de 64 anos - 4 p.

2. Índice de Massa Corporal

- ☐ Menos de 25 kg/m² - 0 p.
- ☐ 25-30 kg/m² - 1 p.
- ☐ Mais de 30 kg/m² - 3 p.

3. Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)

HOMENS



- ☐ Menos de 94 cm - 0 p.
- ☐ 94 - 102 cm - 3 p.
- ☐ Mais de 102 cm - 4 p.

MULHERES



- ☐ Menos de 80 cm - 0 p.
- ☐ 80 - 88 cm - 3 p.
- ☐ Mais de 88 cm - 4 p.

4. Pratica, diariamente, atividade física pelo menos durante 30 minutos, no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo atividades da vida diária)?

- ☐ Sim - 0 p.
- ☐ Não - 2 p.

5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta (sopa, salada, legumes cozidos, entre outros)?

- ☐ Todos os dias - 0 p.
- ☐ Às vezes - 1 p.

6. Toma regularmente ou já tomou alguns medicamentos para a Hipertensão Arterial?

- ☐ Não - 0 p.
- ☐ Sim - 2 p.

7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex.: num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

- ☐ Não - 0 p.
- ☐ Sim - 5 p.

8. Tem algum membro de família próximo ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

- ☐ Não - 0 p.
- ☐ Sim: pais, irmãos, irmãs ou filhos - 5 p.
- ☐ Sim: avós, tias, tios ou primos em 1º grau (exceto pais, irmão, irmãs ou filhos) - 3 p.

Nível de Risco total

O Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é:

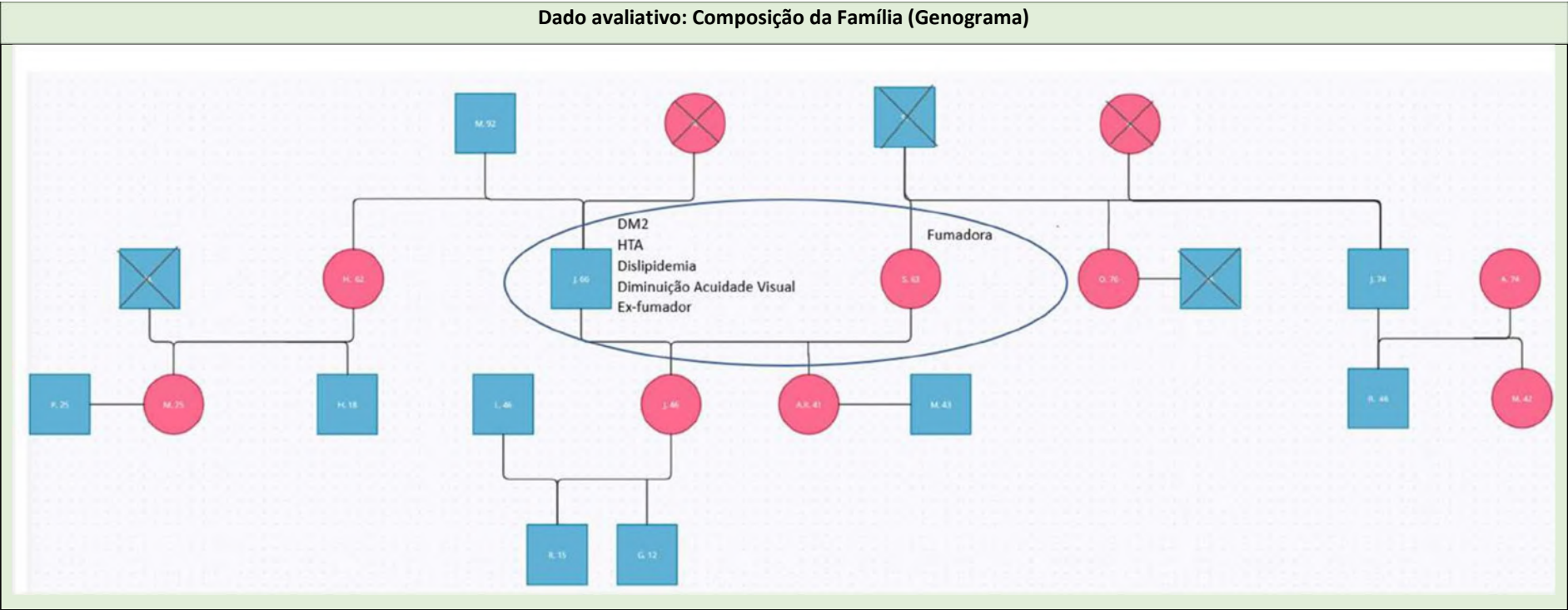
- ☐ < 7 Baixo: calcula-se que 1 em 100 pessoas desenvolverá a doença
- ☐ 7-11 Ligeiro: calcula-se que 1 em 25 pessoas desenvolverá a doença
- ☐ 12-14 Moderado: calcula-se que 1 em 6 pessoas desenvolverá a doença
- ☐ 15-20 Alto: calcula-se que 1 em 3 pessoas desenvolverá a doença
- ☐ > 20 Muito Alto: calcula-se que 1 em 2 pessoas desenvolverá a doença

ANEXO VI - Planos de Cuidados da Família 1

1º contacto – 07/02/2023 com Sr. J na USF (duração: 2horas) <u>Objetivos:</u> -Avaliar a família segundo a dimensão estrutural do MDAIF -Realizar Genograma e Ecomapa da Família -Identificar forças e recursos na família -Avaliar necessidade em cuidados dos membros da família -Realizar atividade diagnóstica no âmbito da Satisfação Conjugal e Papel Parental	2º contacto – 04/04/2023 com Sr. J na USF (duração: 2horas) <u>Objetivos:</u> -Intervenções para dar resposta aos diagnósticos: Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada e Adesão ao Regime de Exercício Não Demonstrada -Realizar entrevista motivacional com o Sr. J. -Utilizar MCD®

Resumo: Família 1			
	1º contacto	2º contacto	3º contacto
Diagnósticos individuais Sr. J.	-Conhecimento e Adesão ao Regime Dietético não Demonstrados -GRT não Demonstrado	Adesão Regime de Exercício não Demonstrada	Família desistiu do Projecto
Atividades Concretizam Intervenção (ACI)	Mapa Conversação da DM® “Compreender os inúmeros fatores presentes no tratamento da DM” + Entrevista Motivacional	Mapa Conversação DM® “Alimentação Saudável e Atividade Física” + Entrevista Motivacional	
Avaliação Familiar	Avaliação Dimensão Estrutural	Avaliação Satisfação Conjugal + Papel Parental (apenas Sr. J)	
Instrumentos	-Co-construção genograma e ecomapa		

DIMENSÃO ESTRUTURAL



Família constituída pelo Sr. J e pela Sr.ª S., independentes.

Sr. J.	Sr.ª. S. (dados colhidos no processo clínico)
DM2+HTA+Dislipidemia+ diminuição acuidade visual+ ex-fumador (desde há 5 anos) Diagnóstico de DM2 desde 05/2013. HTA desde 08/2022. PNV atualizado até 05/2023HbA1c- 7,2%	Fumadora.

➤ Composição Familiar: Sr. J e Sr.^a S.

Tipo de Família: Nuclear

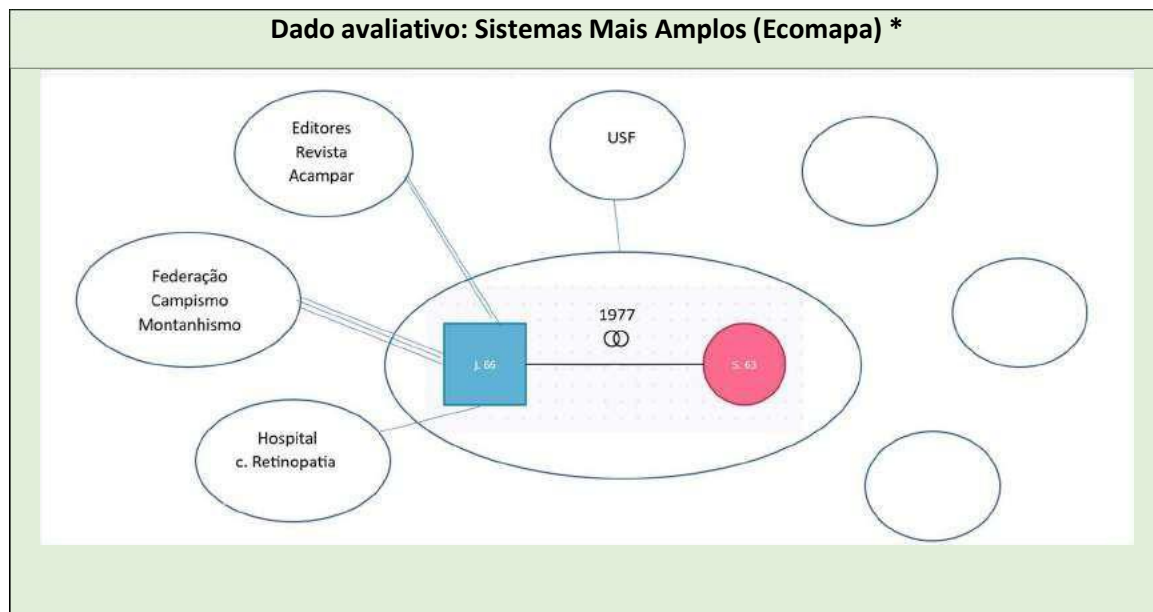
Etapa ciclo vital: Família com Filhos Adultos

Contacto com família extensa (tipo, intensidade, função): vive por baixo do pai, com quem tem excelente relação. A única irmã do Sr. J. vive na Suíça, pelo que estabelecem contacto anualmente via telefone.

Contacto com filhos/genros/netos: telefonicamente 3 vezes por semana com os filhas; contacto presencial com as filhas, genros e netos 1 vez por mês.

Funções: Companhia e regulação social e Apoio emocional

*Apenas se colheram dados com o Sr. J, uma vez que a Sr. S não veio às consultas e a família desistiu do projeto.



Dado avaliativo: Classe social

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

Classe Social
 MÉDIA ALTA

Habituação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer	
Data de registo 24-11-2022	Tipo de alojamento Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição Moradia Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento	Regime de ocupação Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria Tipologia Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Estado geral de conservação Bom Desconhecido Mau Razoável Conforto Bom Desconhecido Mau Razoável Mobiliário e equipamento básico Desconhecido Insuficiente Suficiente	Casa de banho Desconhecida Fora do alojamento Inexistente No alojamento Aquecimento Central Desconhecido Local Nenhum	Higiene Boa Desconhecida Má Razoável Electricidade Desconhecido Não Sim Barreiras arquitectónicas Desconhecido Não Sim	Água Desconhecido Não Sim Origem Desconhecida Particular Rede pública Distribuição Desconhecido Fontenário a - de 100m de casa Fontenário a + de 100m de casa Fora do alojamento No alojamento No interior No exterior

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) grau 3 - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Ambos ativos profissionalmente.
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	(1ª consulta - 07.02.2023) Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação :3 - Conhecimento <u>Demonstrado</u> sobre riscos de edifício - Higiene da Habitação Presente - Conhecimento Demonstrado sobre governo da casa
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	(1ª consulta - 07.02.2023) Edifício residencial Seguro

Foco	A.3- Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Precaução de Segurança	- Barreiras arquitetônicas: escadas - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas
Critérios diagnósticos	<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)
Diagnóstico	(1ª consulta - 07.02.2023) Precaução de Segurança Demonstrada

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência <u>Abastecimento de água</u> rede pública, canalizada -Conhecimento Demonstrado sobre o controle da qualidade -Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Critérios diagnósticos	<u>Abastecimento de Água Não Adequado</u> , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 07.02.2023) Abastecimento de Água Adequado

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	Presença de <u>Animal doméstico</u> : possuem cão, Kiko. Com vacinação regularizada e desparasitado.

Critérios diagnósticos	Animal doméstico negligenciado , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	Animal Doméstico Não Negligenciado (1ª consulta - 07.02.2023)

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

*Nota: fazendo parte da dimensão desenvolvimento o **planeamento familiar** e a **adaptação à gravidez** não são avaliados porque não se aplica à etapa desenvolvimental em que esta família se encontra.

Foco	B.1- Satisfação conjugal
Dimensão	B.1.2- Comunicação
	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um

Atividade Diagnóstica do item <u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Têm facilidade em expressar um ao outro as vossas expectativas e receios? — Com quem costumam partilhar os vossos sucessos e fracassos? — Sente que as suas expectativas/receios são semelhantes às do seu/sua parceiro(a)? — Na última semana, quantas vezes confidenciaram um ao outro os vossos problemas? — Costuma ouvir com atenção as preocupações do seu/sua parceiro(a)? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro é compreensivo? — Na sua opinião, é compreensivo(a) com o seu/sua parceiro(a)? — Como poderia melhorar a sua disponibilidade no sentido de uma melhor compreensão? — Que importância atribui aos aspetos da comunicação, empatia e compreensão entre um casal?	Resultados (07.02.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados. Sr. J – satisfeito com a forma como o casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um. Costuma partilhar sucessos e fracassos. Atribui muita importância aos aspetos da comunicação e compreensão no casal.
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares e de Escala: — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto leva em consideração a opinião do seu/sua parceiro(a)? E quanto considera que deveria ser? — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto o seu/sua parceiro(a) leva em consideração a sua opinião? E quanto considera que deveria ser? — Descreva um episódio de discordância de opiniões entre vocês e como geriu a situação. — Costumam ter opiniões semelhantes sobre alguns assuntos? — A discordância de opiniões, usualmente, é sobre que temas? — Consegue expressar a sua opinião livremente, sem medo de represálias do(a) parceiro(a)? — Na sua opinião, há um padrão de concordância/discordância sistemática entre vocês? — Costuma fingir ter a mesma opinião do seu parceiro(a), para evitar discussões? — Numa semana, quantas vezes estão em discordância de opiniões? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro(a) expressa opiniões contrárias às suas propositadamente? — Quando é necessário tomar uma decisão, pedem a opinião um do outro? — Quando as divergências surgem costumam fazer cedências? — Tentamos sempre solucionar os problemas em conjunto. Concorda?	Resultados (07.02.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados. Sr. J – satisfeito com a forma como o casal chega a concordância de opinião. Considera que leva em consideração a opinião da esposa 100% e a esposa igual. Discordam sobre temas polémicos: política e futebol. Habitualmente <i>“estão alinhados”</i>. Expressam as opiniões livremente. <i>“Somos uma democracia, cada um é livre de dizer o que quiser”</i>. Levam em consideração opinião um do outro para tomar decisões. Se em discordância sabem <i>“dar o braço a torcer se o outro tem razão.”</i> Conversam <i>“sobre tudo”</i>.
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Costumam ter momentos de diálogo enquanto casal? — Está satisfeito(a) com a forma como comunicam enquanto casal? De 1 a 10?	Resultados (07.02.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados.

<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	— Como qualifica a comunicação entre vocês? Como gostaria que fosse? — Na sua opinião, comunicam entre vocês, de forma eficaz? — Como poderia melhorar a forma como comunica? — Sobre que tipo de assuntos costumam conversar enquanto casal? — E sobre que assuntos evita conversar? — Que assuntos gostaria de abordar com o seu parceiro? — Quando conversam estão a sós? — Quando acontece algo muito bom/mau, a quem conta primeiro? — Costumam telefonar/enviar mensagens um ao outro ao longo do dia? — Considera que têm a capacidade de comunicar e compreender o outro, sem falar? — Na sua opinião, a comunicação entre os dois é importante? — Na sua opinião, costumam discutir? Em média, numa semana, quantas vezes discutem? — Costumam elogiar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) elogia? — Costumam criticar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) critica? — Costumam conversar sobre a relação? — Que estratégias usa para fazer as pazes após uma discussão? — O meu parceiro, por vezes tem um comportamento inadequado comigo. Concorda? — Quando combinam algo entre vocês ambos seguem o acordado? — Costuma ser verbalmente agressivo(a) com o outro? E fisicamente? — “O meu parceiro é mandão”. Concorda? — Quem costuma iniciar uma conversa a dois? Quem costuma por um ponto final nas conversas? — Quem é mais falador? — Considera o seu/sua parceiro(a) como confidente? — Que importância atribui à capacidade de serem confidentes na vida?	Sr. J – satisfeito com o padrão de comunicação do casal. Considera-se satisfeito num patamar 9 em 10. Qualifica a comunicação de ambos como “Boa”. Afirma que comunicam eficazmente. Os únicos assuntos que evitam é política e futebol (algo decidido ente ambos), de resto conversam sobre tudo. Se acontece algo muito bom ou muito mau contam de imediato um ao outro. Têm por hábito mandar mensagens ao longo do dia e ligar uma vez por dia um ao outro. <i>“Estamos casados há 46 anos, há coisas que não precisam ser ditas para ser entendidas entre nós.”</i> É muito raro discutirem, se discordarem sobre algo conversam, <i>“mas nunca de maneira acesa, cordialmente”</i>. <i>“Ficamos pouco tempo chateamos, gostamos demasiado um do outro para isso. Um de nós vai ter com o outro e temos uma boa conversa antes de dormir.”</i> <i>“Nenhum de nós é mandão ou verbal/fisicamente agressivo um com o outro.”</i> <i>“Sabemos respeitar os limites um do outro”. “Somos confidentes um do outro e isso é o mais importante.”</i>
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico Diagnóstico	/ Não foi possível identificar diagnóstico por falta de dados de um dos elementos do casal (2ª consulta 04.04.2023)	

Foco	B.1- Satisfação conjugal
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica
	B.1. 1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: -- Qual é a vossa situação laboral? — Como dividem/partilham as tarefas domésticas? — Que percentagem de tarefas domésticas costuma fazer? — Sentem-se satisfeitos com a forma como partilham/dividem as tarefas domésticas? De 1 a 10, quanto? — Já conversaram sobre a divisão de tarefas domésticas entre vocês? — A que conclusões chegaram?	Resultados (07.02.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados. Sr. J – satisfeito com a divisão/partilha das tarefas domésticas num patamar de 9 em 10. Costuma fazer 50% das tarefas, refere que dividem “50/50”, uma vez que os dois trabalham “fora”. Decidiram assim no início do casamento e assim se mantêm, “quando um dia um de nós de reformar logo vemos como ajustamos. Para já estamos bem nesse aspeto.”
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	B.1.1.2- Satisfação/ Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Que tempo reservam para estarem juntos e a sós? — Que tempo de qualidade estiveram juntos, a dois, na última semana? — Está satisfeito(a) com o tempo que passam juntos? Quanto de 1 a 10? — Como qualificaria o tempo que passam juntos? — Que importância tem o tempo que passam juntos? — Na sua opinião, o tempo que passam juntos deveria aumentar ou diminuir? — Expressou a sua opinião sobre o tempo que passam juntos ao parceiro? — Que atividades recreativas gosta de partilhar com o seu parceiro? — Têm interesse em passatempos comuns? — Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos? — Que atividades gosta de realizar sozinho(a)? (perguntar individualmente) — Está satisfeito com o tempo para as atividades individuais? — Na sua opinião, esse tempo deveria aumentar ou diminuir? — Que opinião têm sobre os interesses/passatempos do vosso parceiro? — Que tarefas/atividades considera que vos retira tempo para estarem juntos? — É possível alterar o tempo que gasta nelas? — Como poderia fazer para contornar isso?	Resultados (07.02.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados. Sr. J – satisfeito com o tempo que estão juntos, 9 em 10. Costumam estar sempre juntos ao final do dia: jantam juntos, conversam, por vezes saem para ir ao cinema ou passear. Aos fins de semana estão sempre juntos e fazem atividades que ambos gostem, ao que atribui muita importância. Qualifica o tempo que estão juntos como “<i>muito bom</i>” e acrescenta “<i>caso assim não fosse mais valia ir um para cada lado</i>”. “<i>Por nós estaríamos mais tempo juntos, mas com ambos a trabalhar é difícil. A saudade também faz bem, damos mais importância ao tempo que estamos juntos.</i>” A iniciativa para fazermos atividades para te ambos e os dois costumam ter tempo para desenvolver atividades de forma individual, estando satisfeito com isso.
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	B.1.1.3- Satisfação / Não Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Costuma conversar com o seu parceiro sobre os seus sentimentos? — Como reage quando o seu parceiro expressa o que sente?	Resultados (07.02.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados.

	— Está satisfeito(a) com a forma como expressam o que sentem um ao outro? De 1 a 10 quão satisfeitos está? — Sente que o seu/sua parceiro(a) compreende os seus sentimentos? — Sente que o seu/sua parceiro(a) expressa os seus sentimentos de forma adequada? — De que forma costuma mostrar ao seu/sua parceiro(a) o que sente? — Costumam guardar para si o que sente em determinado momento? — Costuma chamar a atenção do parceiro para comportamentos que considerara desadequados? Como o faz? — Como reage o seu parceiro quando expressa comportamentos dele que não gostou? — E como reage quando o seu parceiro faz o mesmo acerca dos seus comportamentos? — Sente que o seu parceiro o(a) aceita totalmente, incluindo defeitos e virtudes? — Com quem realmente contam para se sentirem mais relaxados, quando estão tensos ou sob pressão? — Sentem que podem realmente contar com o parceiro quando precisam de ajuda?	Sr. J – satisfeito com a forma como cada um expressa os sentimentos, atribuindo um valor de 8 em 10. Conversam todos os dias, “sobre tudo” e expressão os seus sentimentos “bons e maus”. “Não costumamos guardar rancores um do outro, sabemos que um dos segredos para a longevidade de um casamento é a partilha, a conversa”. Sente-se compreendido pela esposa e que ela o aceita tal como é.
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: • Relação dinâmica disfuncional	
SubdiagnÓstico/ DiagnÓstico	Não foi possível identificar diagnóstico por falta de dados de um dos elementos do casal (2ª consulta 04.04.2023)	

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade DiagnÓstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnÓstica Questões Lineares e de Escala: -Está satisfeito com a sua relação com o vosso filho? (atentar na resposta dos dois) -Exerce o papel de pai de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas de J. e A.R. (filhos)? -Considera ter uma relação com J. e A.R. (filhos) de adulto para adulto?	Resultados (2ª consulta 04.04.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados. Sr. J – conhecimento sobre as tarefas da etapa desenvolvimental. Está satisfeito com a relação que tem com os filhos, exercendo o papel segundo as suas expectativas e as dos filhos. Considera que tem relação de adulto-adulto com ambos.

Dimensão		B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
		Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: -Como encaram o facto das vossas filhas serem adultos, mãe e pai de família? -Como era a vossa relação antes deles saírem de casa? E agora? -Com estas alterações de vida têm conseguido redefinir a vossa relação com as vossas filhas de adulto para adulto? -Qual acham que é a opinião das vossas filhas sobre a vossa relação com eles, enquanto pais? Qual o motivo? -Atualmente costumam interferir na vida das vossas filhas?	Resultados (2ª consulta 04.04.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados. Sr. J –Sempre tiveram boa relação e assim se mantém. Redefinição demonstrada na relação adulto-adulto com as filhas. Não costuma interferir na vida das filhas.
Atividade Diagnóstica do item	<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
		Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: - Como encaram o facto das vossas filhas construírem as suas próprias famílias? - Qual a vossa relação com os vossos genros? Qual a vossa opinião sobre eles? - Como é a vossa relação com os vossos netos? Qual a vossa opinião sobre eles?	Resultados (2ª consulta 04.04.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados. Sr. J – inclusão na família dos parentes por afinidade. Tem boa relação com os genros, “são como filhos”. “Excelente relação com os netos”. “É muito bom ver os filhos a construírem a família deles”.
Atividade Diagnóstica do item	<u>Satisfação com o contacto mantido</u>	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
		Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: -Que tipo de contato têm com as vossas filhas? -Estão satisfeitos com esse padrão?	Resultados (2ª consulta 04.04.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J. Sr.ª S- não foi possível obter dados. Sr. J – satisfação com o contacto mantido com as filhas,
Atividade Diagnóstica do item	<u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
		Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: -Como era a vossa relação com o vosso filho anteriormente?	Resultados (2ª consulta 04.04.2023): Nas duas consultas em que a família participou do projeto, apenas compareceu às consultas o Sr. J.

	-O que mudou? -Estão satisfeitos com o tipo de relação que têm atualmente? E com a vossa nora? -Acham que o vosso filho está satisfeito com o tipo de relação que tem convosco?	Sr. J – satisfação com o contacto mantido com filhas: telefonicamente 3 vezes por semana e presencial 1 vez por mês. Sr.ª S- não foi possível obter dados.
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Existência de consenso do papel por parte do Sr. J. / Sr.ª S- não foi possível obter dados (2ª consulta 04.04.2023)	
Subdiagnóstico	Não foi possível identificar diagnóstico por falta de dados de um dos elementos do casal (2ª consulta 04.04.2023)	
Dimensão	B.7.4 – Conflito do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de conflitos de papel por parte do Sr. J. / Sr.ª S- não foi possível obter dados (2ª consulta 04.04.2023)	
Subdiagnóstico	Não foi possível identificar diagnóstico por falta de dados de um dos elementos do casal (2ª consulta 04.04.2023)	
Dimensão	B.7.5 – Saturação do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de saturação do papel por parte do Sr. J. / Sr.ª S- não foi possível obter dados (2ª consulta 04.04.2023)	
Subdiagnóstico	Não foi possível identificar diagnóstico por falta de dados de um dos elementos do casal (2ª consulta 04.04.2023)	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	Não foi possível identificar diagnóstico por falta de dados de um dos elementos do casal (2ª consulta 04.04.2023)

Não foi possível abordar mais focos/ dimensões do MDAIF, uma vez que depois de duas consultas apenas com o Sr. J. a família desistiu do projeto por indisponibilidade

ANEXO VII - Plano de Cuidados Individual Família1

Sr. J.

Foco	Aceitação do Estado de Saúde	
Critérios diagnósticos	Aceitação do estado de saúde comprometida se: -Consciencialização comprometida e/ou -Crenças Dificultadoras e/ou -Capacidade para participar (envolvimento) comprometida e/ou -Volição Comprometida	
	Atividade diagnóstica Averiguar: -Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde -Abandono do conceito da condição de saúde anterior -Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição -Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde -Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde -Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde	Resultados (1ª consulta 07.02.2023) -Consciencialização não comprometida -Inexistência de Crenças Dificultadoras -Envolvimento não comprometido -Volição Não comprometida
Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde não Comprometida (1ª consulta 07.02.2023)	

Foco	Gestão do Regime Terapêutico	
Critérios diagnósticos	GRT Não demonstrado se: - Conhecimento Não demonstrado (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico) e/ou - Adesão Não Demonstrada (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Diabetes: -Definição da doença -Complicações do processo patológico -Sinais de hiperglicemia/hipoglicemia -Atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia	Resultados (07.02.2023): -Define doença corretamente -Não descreve complicações do processo patológico -Sinais de hiperglicemia/hipoglicemia -Atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia
	Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado/ Não Demonstrado	

	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Regime Dietético:	Resultados (07.02.2023): -Não descreve dieta recomendada (consistência, horário, quantidade) -Não descreve os alimentos adequados/ a evitar -Descreve as orientações para a preparação dos alimentos
	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Demonstrado / Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso:	Resultados (07.02.2023): -Descreve a via de administração do medicamento -Descreve o efeito pretendido com o medicamento -Descreve efeitos secundários/ interação do medicamento -Descreve o armazenamento do medicamento Metformina 500mg 1 pequeno-almoço Candesartan 16mg – 1 pequeno-almoço Artovastatina 20mg – 1 noite
	Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado /Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre regime de Exercício Físico:	Resultados (07.02.2023): - Não descreve tipo, frequência e intensidade do exercício - Não descreve equipamento de proteção e segurança adequado ao tipo de exercício
Critérios diagnósticos	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento não Demonstrado: Conhecimento sobre Diabetes Não Demonstrado (07.02.2023) Conhecimento sobre Regime Medicamentoso (07.02.2023) Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado (07.02.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Não Demonstrado (07.02.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime Dietético Averiguar se: - Explica as relações entre dieta, exercício e peso corporal -Adequa a dieta -Explica as razões para a dieta recomendada -Lê e interpreta os rótulos dos produtos alimentares	Resultados (1ª consulta - 07.02.2023): EAD: Alimentação Geral: 4 dias em média EAD: Alimentação Específica: 5 dias em média (corresponde a 2. Itens invertidos) Refeições: pequeno-almoço: duas torradas com manteiga e café puro; almoço: junta hidratos de carbono (arroz/batatas) sobremesa – fruta variada; não costuma lanche; jantar semelhante ao almoço, por vezes sopa que lava batatas; ceia - praticamente todos os dias ingere bolos com creme. 2 copos vinho ao almoço/jantar. Ingera álcool por vezes entre as refeições.

Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrada/ Não Demonstrada		
Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime Medicamentoso Averiguar se: -Providencia / adquire medicamento -Ajusta Horário e dose do medicamento -Prepara medicamento		Resultados (1ª consulta - 07.02.2023): EAD: Medicamentos:7 dias em média Escala MAT: Adesão ao Regime Medicamentoso (6+6+6+6+6+6+6) Providencia medicamento.
Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada/ Não Demonstrada		
Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime de Exercício Físico Averiguar se: -Adequa o tipo de exercício em função das necessidades/ restrições -Adequa a frequência do exercício em função das necessidades/restrições -Adequa a intensidade do exercício em função das necessidades/ restrições		Resultados (1ª consulta - 07.02.2023): EAD: Atividade Física: 0 dias Não faz exercício físico. Assume-se como <i>“sedentário, ao contrário da minha esposa, que apesar de não ter nenhuma doença pratica religiosamente exercício físico”</i>
Crítérios diagnósticos	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão não Demonstrada: Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada (07.02.2023) Adesão ao Regime de Exercício Não Demonstrada (07.02.2023)	
Resultados Desejados	Adesão ao Regime Dietético/ Regime de Exercício	
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre Diabetes (complicações) Incentivar tomada de decisão Encorajar tomada de decisão Incentivar comportamento de adesão Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física Ensinar sobre padrão de exercício Ensinar sobre padrão alimentar Ensinar sobre comportamento de adesão Incentivar hábitos alimentares saudáveis Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz	

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):

-Mapa Conversação em Diabetes® “Compreender os inúmeros fatores presentes no tratamento da Diabetes”

-Secção canto superior esquerdo do MCD® (1):

Ensinar sobre complicações da Diabetes

Utilização da metáfora do vulcão: do mau controlo glicémico às complicações *minor* e *major* (erupção)

-Secção canto inferior esquerdo do MCD® (2):

Ensinar sobre estilos de vida saudáveis: utilização da metáfora do barco a vela/ navegação.

Ensinar sobre fatores não modificáveis: utilização da metáfora das pedras

Ensinar sobre fatores modificáveis: utilização da metáfora dos instrumentos de navegação – mapa, bússola, âncora, etc.

-Secção canto superior direito do MCD®:

Ensinar sobre equipa de saúde

Utilização da metáfora do farol.

-Secção inferior direita do MCD® (5):

Ensinar sobre controlo metabólico

Utilização da metáfora do porto de abrigo/seguro.

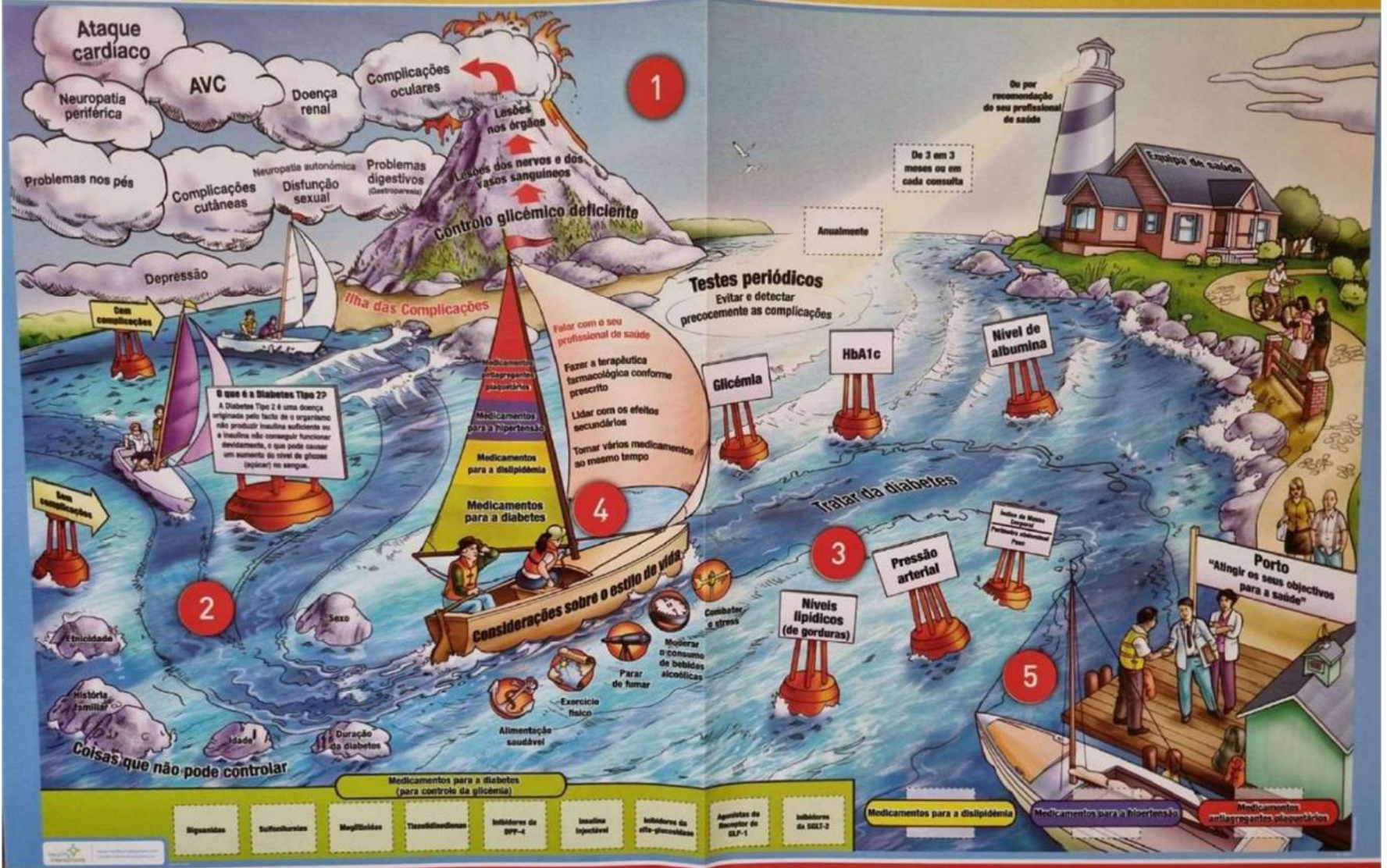
Fundamentação:

As ferramentas educacionais Mapas de Conversação em Diabetes® (MCD®) são uma série de ferramentas para educação, que foram desenvolvidas em colaboração com a Federação Internacional de Diabetes (IDF) no sentido de orientar as pessoas com diabetes através num processo de compreensão e internalização de informações sobre sua doença, que possa resultar em melhores decisões e ações de autogestão (Reaney et al, 2013). O conhecimento aprimorado sobre o diabetes deve levar ao aumento do empoderamento da pessoa com diabetes, o que é essencial para alcançar mudanças no comportamento de autocuidado e no estilo de vida que, por sua vez, melhorarão os resultados clínicos (Reaney et al, 2013).

A utilização dos MCD® proporcionam um alívio do sofrimento maior, aumento da autoeficácia, e melhora da Hemoglobina glicada (HA1c) superior, quando comparados com o ensino tradicional realizado junto a indivíduos com DM2 (Ohl et al, 2019). A avaliação realizada a partir da aplicação da escala EAD antes e após a participação de indivíduos no programa educativo com MCD® resulta em diferenças significativas para as dimensões: alimentação geral e específica, atividade física, monitorização da glicemia e cuidados com os pés (Ohl et al, 2019).

Os MCD® são ferramentas interativas contendo mensagens ilustradas e orientações destinadas a educar pacientes com diabetes e seus familiares, uma vez que as mensagens são predominantemente auto-explicativas representadas em imagens, não necessita de educação formal e surtem mais efeitos do que as ferramentas de educação tradicionais (Qasim et al, 2020).

Mapa de Conversação Compreender os inúmeros factores presentes no tratamento da diabetes



Compreender os inúmeros factores presentes no tratamento da diabetes
 Mapas de Conversação Revisão da Sessão

-Mapa Conversação em Diabetes® “Alimentação Saudável e Atividade Física”:



-Secção inferior esquerda do MCD® (1):

Ensinar sobre a importância do equilíbrio entre alimentação e atividade física no controlo da DM2.

Utilização da metáfora da balança para acertar no “alvo”.

-Secção superior esquerda do MCD® (2):

Ensinar sobre a alimentação específica na diabetes.

Ensinar sobre o impacto do álcool na adição de calorias à refeição e no controlo glicémico

Ensinar importância da análise dos rótulos

Ensinar quantidades ideais dos alimentos (imagens mãos)

-Secção inferior direita MCD® (7):

Ensinar a importância de envolver a família

Ensinar a importância de traçar objetivos

Fundamentação:

O MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física”, fornece informações sobre escolhas alimentares e tamanhos de porções, juntamente com diferentes tipos de atividade física (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017).). Cada mapa inclui seis componentes, incluindo visual, compartilhamento de informações, cartões de atividades, interação em grupo, um guia do facilitador e um cartão de estabelecimento de metas (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017; Defeudis et al, 2018).

Realizar Entrevista Motivacional:

- 1) Identificar estágio de mudança: Pré-contemplação – não tem pensamentos sobre mudança comportamento (ingestão bolos/não fazer exercício físico)
Nível mínimo de motivação intrínseca e nível máximo de resistência.
- 2) Identificar valores/ objetivos pelos quais se rege: Sr. J. é muito metódico, rigoroso. Tem o pai de 92 anos vivo, independente e saudável e vê-o como exemplo a seguir, “tem estilo vida saudável”. Possível motivo para mudar.
- 3) Consciencializar para o problema. Complicações da Diabetes.
- 4) Questionar como se projeta em 5 anos se mantiver o estilo de vida que hoje tem?
- 5) Acha que deveria mudar algo? O quê?
- 6) Utilizar metáfora do montanhismo. Ninguém sobe os quase 6.000 metros do Kilimanjaro de uma vez. É preciso decisão, treino, estratégia.
- 7) Aludir à capacidade de mudança que teve no passado para parar de fumar sozinho. Reforço positivo.

Os ganhos em saúde com a entrevista motivacional com o Sr. J. dizem respeito à consciencialização da nocividade do padrão de comportamento que tem e da necessidade de mudança. A intervenção é muito ao nível dos conhecimentos sobre fatores de risco e complicações da DM2 por forma a impactar o Sr. J. e motivar a decisão para a mudança. O elogio e reforço positivos relembram a sua resiliência e capacidade de mudança no passado e determinação.

Fundamentação: incidir sobre alimentação inadequada configura-se como tratamento não medicamentoso, e tem como objetivo as mudanças no estilo de vida, visando o controle da glicemia, do perfil lipídico e lipoproteico e de pressão arterial (Carvalho, 2020). Assim sendo, a Entrevista Motivacional pode tornar-se ferramenta útil e estratégica de educação em saúde para mudança de estilos de vida saudáveis (Menezes et al, 2022) nas pessoas com doenças crónicas, como a Diabetes. A entrevista motivacional ajuda as pessoas a seguirem e manterem as recomendações propostas para seu plano de cuidado, reduzindo os danos físicos, materiais, psicológicos e emocionais causados pela má gestão da doença, e assim, contribuir para uma melhor qualidade de vida (Menezes et al, 2022). É sem dúvida importante o desejo de querer mudar, e é aí que o profissional capacitado para esse fim demonstra empatia, aceitação e compreensão pela situação a qual o indivíduo está a passar, não fazendo

	juízos de valor nem impondo mudanças que ele não queira (Menezes et al, 2022). A entrevista motivacional mostra-se uma alternativa promissora que pode ser utilizada para a melhoria do comportamento alimentar de idosos diabéticos e hipertensos atendidos pelas equipas de saúde familiar (Menezes et al, 2022). A entrevista motivacional promove um ambiente que sustenta a autodeterminação do utente, apoiando o desenvolvimento de objetivos que suportem valores pessoais, permitindo a mudança para regulações mais autónomas e assegurando que o utente é capaz de individualizar/adaptar as mensagens de saúde generalistas) a si, à sua vida, aos seus condicionalismos (Silva et al, 2013). A eficácia da entrevista motivacional está amplamente comprovada na melhora da adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DM2 (Menezes et al, 2022; Lima et al, 2019; Cedillo & Antunes, 2015).
Avaliação de resultados das intervenções	Avaliar Conhecimento sobre Diabetes Avaliar Conhecimento sobre Regime Dietético Avaliar Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Avaliar Adesão ao Regime Dietético Avaliar Adesão ao Regime de Exercício
Diagnóstico	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado (04.04.2023) Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado (04.04.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado (04.04.2023)

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.

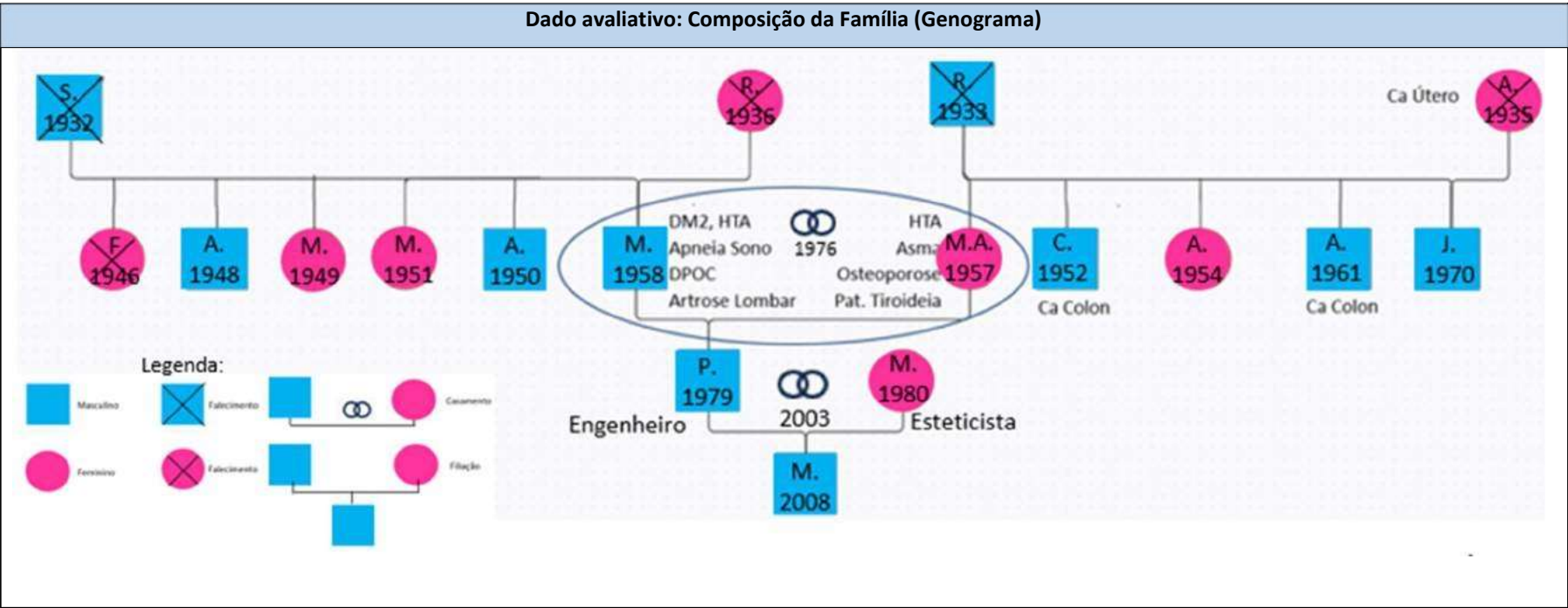
ANEXO VII - Planos de Cuidados da Família 2

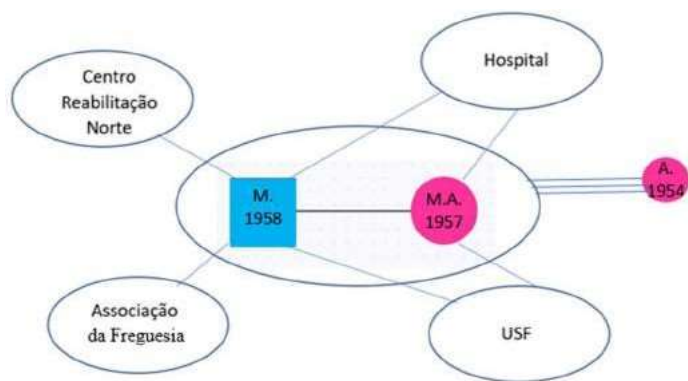
1º contacto – 08/02/2023 (Sr. M+ Sr.ª M.A) na USF (duração: 2h30) <u>Objetivos:</u> -Apresentar o Projeto. Obter consentimentos verbais dos participantes. -Avaliar a família segundo a dimensão estrutural do MDAIF -Realizar Genograma e Ecomapa da Família -Preencher Graffar Adaptado -Identificar forças e recursos na família -Avaliar necessidade em cuidados dos membros da família - Realizar atividade diagnóstica no âmbito da Satisfação Conjugal -Avaliar Aceitação do Estado de Saúde do Sr. M. -Intervir ao nível do diagnóstico Conhecimento sobre DM2 não demonstrado: uso de MCD® “Como Funciona a Diabetes”	2º contacto – 03/03/2023 (Sr. M+ Sr.ª M.A) na USF (duração: 2horas) <u>Objetivos:</u> -Intervir ao nível da Comunicação Não eficaz: - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover a comunicação do casal - Planear rituais familiares - Motivar para atividades em conjunto - Utilizar o Desenho do Casal -Avaliar o Papel Parental -Intervir ao nível do diagnóstico Conhecimento sobre DM2 não demonstrado: uso de MCD® “Como Funciona a Diabetes” (continuação) -Intervir ao nível da Gestão do Regime Terapêutico não Demonstrada -Preencher EAD com Sr. M. -Avaliar Risco de DM2 da Sr.ª M.A.	3º contacto – 27/03/2023 (Sr. M+ Sr.ª M.A) na USF (duração: 2h30) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções ao nível da Comunicação do Casal. Reajustes. -Intervir ao nível da Relação Dinâmica Disfuncional e Interação de Papéis Não Eficaz: -Motivar/ Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas - Promover a comunicação expressiva das emoções/ comunicação do casal - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Colaborar na identificação dos papéis familiares - Avaliar as dimensões não consensuais do papel - Avaliar saturação do papel - Motivar/ Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel -Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime Dietético não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física -Realizar Entrevista Motivacional ao Sr. M.
4º contacto – 17/04/2023 (Sr. M+ Sr.ª M.A) na USF (duração: 2h15) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções ao nível da Comunicação do Casal, Relação Dinâmica e Interação de Papéis. Reajustes. -Intervir ao nível da Relação Dinâmica Disfuncional e Interação de Papéis Não Eficaz (continuação). -Analisar o plano de tarefas que foi sugerido que co construísem. -Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime Dietético não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física (continuação) -Realizar Entrevista Motivacional ao Sr. M. (continuação)	5º contacto – 15/05/2023 (Sr. M+ Sr.ª M.A) na USF (duração: 2h30) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções ao nível da Comunicação do Casal, Relação Dinâmica e Interação de Papéis. Reajustes. -Realizar Atividade Diagnóstica no âmbito do <i>Coping</i> -Preencher Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe e APGAR Familiar e FACES -Intervir ao nível do <i>Coping</i> não Eficaz: - Promover estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família - Negociar estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família - Intervir ao nível da Autovigilância dos Pés não demonstrada através do MCD® “Diabetes e os Cuidados com os pés”	6º contacto – 05/06/2023 (Sr. M+ Sr.ª M.A) na USF (duração: 1h15) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções ao nível da Comunicação do Casal, Relação Dinâmica, Interação de Papéis e <i>Coping</i>. Reajustes. -Avaliar a Adesão a Autovigilância dos Pés -Obter feedback do casal quanto ao projeto

Família constituída pelo Sr. M e pela Sr.ª M..., independentes. Ambos naturais de São Cristóvão, Cinfães. Meio rural.

Sr. M	Sr.ª. M.A
DM2, HTA, Apneia Sono, Artrose lombar com 4 cirurgias e DPOC. Diagnóstico de DM2 desde 1997. HTA desde 1997. DPOC desde 2021. HbA1c em 2021 de 6,9%, atualmente de 7,6%. PNV atualizado até 2024 147/71mmHg IMC – 30,4 Não consome álcool nem tabaco Altura – 1,69m Perímetro Abdominal – 109 cm Peso- 87kg	HTA, osteoporose, Asma, Excesso peso e bócio. PNV atualizado até 2031. 137/94mmHg IMC 24,9 Não consome álcool nem tabaco Altura: 1,62m 68bpm Perímetro abdominal: 90cm Peso: 65,5kg Risco Ligeiro de vir a Desenvolver DM2 (11 pontos)

DIMENSÃO ESTRUTURAL





Tipo de Família: Nuclear

Etapa ciclo vital: Família com Filhos Adultos

Contacto com filhos/genros/netos: com o filho P. telefonicamente de forma diária e presencialmente 1 vez por semana. Contacto presencial diário com A. (irmã da Sr.ª M.A.) que é vizinha.

Funções: apoio emocional; companhia e regulação social.

Sistemas mais amplos: Consultas Externas no Hospital; USF; Associação da freguesia; Centro Reabilitação do Norte.

Dado avaliativo: Classe social

Habitação

Graffar

C.Duvall

Tipo de Família

Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Risco Familiar Segovia Dreyer

Profissão

Instrução

Fonte principal de rendimento

Tipo de habitação

Local de residência

Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópia	Bairro de lata

Classe Social

MÉDIA

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer		
Data de registo 08-02-2023	Tipo de alojamento Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição Moradia Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento	Regime de ocupação Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria	Estado geral de conservação Bom Desconhecido Mau Razoável	Casa de banho Desconhecida Fora do alojamento Inexistente No alojamento	Higiene Boa Desconhecida Má Razoável	Água Desconhecido Não Sim	Distribuição Desconhecido Fontenário a - de 100m de casa Fontenário a + de 100m de casa Fora do alojamento No alojamento
	Salubridade da zona residencial Desconhecida Insalubre Salubre	Tipologia Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Conforto Bom Desconhecido Mau Razoável	Aquecimento Central Desconhecido Local Nenhum	Electricidade Desconhecido Não Sim	Barreiras arquitectónicas Desconhecido Não Sim	Origem Desconhecida Particular Rede pública
			Mobiliário e equipamento básico Desconhecido Insuficiente Suficiente			No interior No exterior 	

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) grau 4 - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Ambos reformados. Sr. M: Bombeiro; segurança; empregado de armazém; Sr.ª M.A. cozinheira
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação :3 - Conhecimento <u>Demonstrado</u> sobre riscos de edifício - Higiene da Habitação Presente - Conhecimento Demonstrado sobre governo da casa
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Edifício residencial Seguro

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	- Ausência de Barreiras arquitetônicas - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas - Existência Aquecimento: aquecedor e conhecimento sobre utilização de equipamento. - Existência de <u>Abastecimento de gás (canalizado)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás.
Critérios diagnósticos	<u>Prevenção 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)
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Prevenção de Segurança Demonstrada

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência <u>Abastecimento de água</u> rede pública, canalizada -Conhecimento Demonstrado sobre o controle da qualidade -Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Critérios diagnósticos	<u>Abastecimento de Água Não Adequado</u> , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Abastecimento de Água Adequado

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	Ausência de <u>Animal doméstico</u>
Critérios diagnósticos	<u>Animal doméstico negligenciado</u> , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Não se adequa

C- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

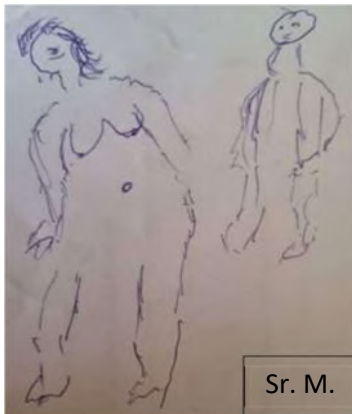
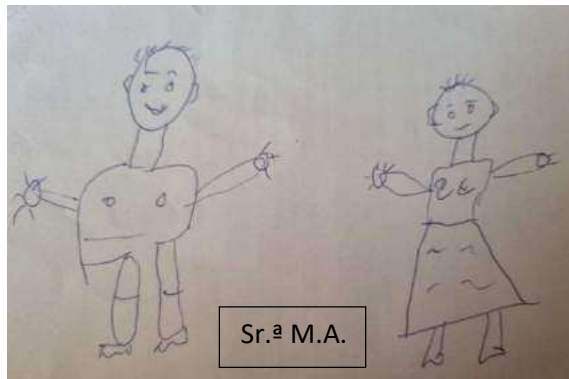
Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)

Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	X

*Nota: fazendo parte da dimensão desenvolvimento o **planeamento familiar** e a **adaptação à gravidez** não são avaliados porque não se aplica à etapa desenvolvimental em que esta família se encontra.

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um Atividade diagnóstica Questões Lineares e de escala: — Têm facilidade em expressar um ao outro as vossas expectativas e receios? — Com quem costumam partilhar os vossos sucessos e fracassos? — Sente que as suas expectativas/receios são semelhantes às do seu/sua parceiro(a)? — Na última semana, quantas vezes confidenciaram um ao outro os vossos problemas? — Costuma ouvir com atenção as preocupações do seu/sua parceiro(a)? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro é compreensivo? — Na sua opinião, é compreensivo(a) com o seu/sua parceiro(a)? — Como poderia melhorar a sua disponibilidade no sentido de uma melhor compreensão? — Que importância atribui aos aspetos da comunicação, empatia e compreensão entre um casal?	Resultados (2ª consulta - 03.03.2023): O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um, tendo facilidade nisso. Ambos acham o parceiro compreensível. Pontuam como muito importante os aspetos da comunicação e compreensão do casal.
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares e de escala: — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto leva em consideração a opinião do seu/sua parceiro(a)? E quanto considera que deveria ser? — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto o seu/sua parceiro(a) leva em consideração a sua opinião? E quanto considera que deveria ser? — Descreva um episódio de discordância de opiniões entre vocês e como geriu a situação. — Costumam ter opiniões semelhantes sobre alguns assuntos?	Resultados (2ª consulta - 03.03.2023): O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião. Ambos referem que levam a consideração a opinião do parceiro a 100%. Normalmente <i>“têm as mesmas opiniões nos assuntos, discordando muito pontualmente em assuntos polémicos como futebol e política.”</i> e gerem bem as situações. Expressam as opiniões individuais livremente. Quando há discordância, <i>“um acaba por ceder”</i> .

	— A discordância de opiniões, usualmente, é sobre que temas? — Consegue expressar a sua opinião livremente, sem medo de represálias do(a) parceiro(a)? — Na sua opinião, há um padrão de concordância/discordância sistemática entre vocês? — Costuma fingir ter a mesma opinião do seu parceiro(a), para evitar discussões? — Numa semana, quantas vezes estão em discordância de opiniões? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro(a) expressa opiniões contrárias às suas propositadamente? — Quando é necessário tomar uma decisão, pedem a opinião um do outro? — Quando as divergências surgem costumam fazer cedências? — Tentamos sempre solucionar os problemas em conjunto. Concorda?	<i>“Levamos sempre em consideração a opinião um do outro, para tudo.”</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
	Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala e Circulares: — Costumam ter momentos de diálogo enquanto casal? — Está satisfeito(a) com a forma como comunicam enquanto casal? De 1 a 10, quanto? — Sr.ª M.A., porque acha que o seu marido atribuiu um valor inferior ao seu? O que isso a faz sentir? — Sr. M., a sua esposa parece surpreendida com o valor que atribuiu, consegue explicar porque? Já tinham conversado sobre isto? — Como qualificam a comunicação entre vocês? Como gostariam que fosse? — Na sua opinião, comunicam entre vocês, de forma eficaz? — Como poderiam melhorar a forma como comunicam? — Sobre que tipo de assuntos costumam conversar enquanto casal? E sobre que assuntos evitam conversar? — Que assuntos gostaria de abordar com o seu parceiro? — Quando conversam estão a sós? — Quando acontece algo muito bom/mau, a quem conta primeiro? — Costumam telefonar/enviar mensagens um ao outro ao longo do dia? — Considera que têm a capacidade de comunicar e compreender o outro, sem falar? — Na sua opinião, a comunicação entre os dois é importante? — Na sua opinião, costumam discutir? Em média, numa semana, quantas vezes discutem? — Costumam elogiar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) elogia? — Costumam criticar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) critica? — Costumam conversar sobre a relação? — Que estratégias usa para fazer as pazes após uma discussão? — O meu parceiro, por vezes tem um comportamento inadequado comigo. Concorda?	Resultados (2ª consulta - 03.03.2023): Não satisfação com o padrão de comunicação do casal. Sr.ª M. A. satisfeita 6 em 10 e Sr. M. 4 em 10. Sr.ª M.A. parece surpreendida. Referem que conversam pouco um com o outro sobre eles mesmos, a relação. É o Sr. M. que inicia as conversas habitualmente. Não têm por hábito mandar mensagens ou ligar um ao outro ao longo do dia, quando estão separados. Não se identificam nem aos cônjuges como mandões ou agressivos física ou verbalmente. Sr. M. <i>“Parece que estamos juntos, mas nem nos olhamos nos olhos”</i>. Qualifica a comunicação de ambos como <i>“Pouca”</i>. <i>“Estamos casados há muito tempo, por isso acho que devíamos conversar mais sobre nós...sobre tudo”</i>. <i>“Quando há algo que acontece, bom ou mau conversamos sobre isso, claro, mas no dia-a-dia normal não.”</i> A Sr.ª M.A. acha que conversam <i>“o suficiente para um casal da nossa idade. Estamos sempre juntos, é normal que não conversemos tanto como antigamente.”</i> <i>“Deixa-me um pouco triste esta opinião do M., principalmente por não ter me dito isto antes.”</i> Pelas respostas compreendeu-se que esta é uma questão que não tinha sido conversada em casal e que a

	— Quando combinam algo entre vocês ambos seguem o acordado? — Costuma ser verbalmente agressivo(a) com o outro? E fisicamente? — “O meu parceiro é mandão”. Concorde? — Quem costuma iniciar uma conversa a dois? Quem costuma por um ponto final nas conversas? — Quem é mais falador? — Considera o seu/sua parceiro(a) como confidente? — Que importância atribui à capacidade de serem confidentes na vida? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorde? Como a/o faz sentir?	Sr.ª M.A. não a percepção até aquele momento que o marido estava insatisfeito com o padrão de comunicação entre ambos.
Crítérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Não eficaz	
Resultados Desejados	Satisfação com o padrão de comunicação parte dos dois membros do casal	
Intervenções Sugeridas	Promover a comunicação expressiva das emoções (2ª consulta - 03.03.2023)	
	Promover a comunicação do casal (2ª consulta - 03.03.2023)	
	Planear rituais familiares (2ª consulta - 03.03.2023)	
	Motivar para atividades em conjunto (2ª consulta - 03.03.2023)	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	Realização do desenho do casal por ambos os elementos:  Sr. M.  Sr.ª M.A. Para se compreender a forma como o indivíduo vivência as suas relações interpessoais, sobretudo no ambiente familiar. É mais importante ver como ele representa a família do que como de fato ela é. Assim, a representação gráfica do casal transpõe as barreiras do dizível pela comunicação oral em consulta, funcionando como um instrumento de intervenção nos membros do casal (Corman, 1967 como citado em Lima, 2010). É um instrumento de aplicação individual, relativamente rápida que propõe analisar o par gráfico e verbal, de acordo com vários aspetos descritivos (composição, natureza vínculo, nível realidade, contexto) e dinâmicos (interação de papéis, comunicação do casal), uma que os membros do casal também contam a história sobre o desenho, o que lhe confere dinamismo (Bell, 1964 como citado em Lima, 2010). O recurso à imaginação, ao simbolismo e a metáforas enriquece e incrementa o processo, o desenho facilita a comunicação, o ensaio de relações e reorganização dos objetos internos, a expressão emocional significativa, o aprofundar do	

conhecimento interno, libertando a capacidade de pensar e a criatividade (Ruy de Carvalho, 2001 como citado em Capinha 2017). A criação artística partilhada propicia um canal para a comunicação e interação, no qual a criação e expressão artística facilitam o aflorar da linguagem não-verbal, de questões, motivações e necessidades profundas, propiciando a compreensão das dinâmicas e significações pessoais implícitas e da unidade do casal, propiciando a aprendizagem vivencial de modos mais assertivos de relacionamento intra-familiar (Capinha, 2017).

A exploração dos significados das representações gráficas é feita em seguida, através do questionamento circular, tendo em conta três níveis: gráfico, estruturas formais e conteúdo (Aires, 2003 e Corman, 2003 como citado em Lima, 2010), tendo em conta os seguintes aspetos:

- Observar o local da página onde o desenho foi iniciado
- Quem é a primeira personagem a ser desenhada?
- A ordem de representação dos outros elementos
- Qual o tempo dedicado ao desenho de cada um deles?
- A direção ou sentido que é tomado, as paragens momentâneas que possam ocorrer
- Linguagem verbal e não-verbal

-No desenho do Sr. M. a esposa está representada de costas para ele e com o dobro do tamanho dele. A sua figura parece inacabada e está nua. Desenha a si mesmo atrás da esposa, com pescoço maior do que o real, como se a tentar “ver para além de”. Estão a uma pequena distância um do outro.

-No desenho da Sr.^a M.A. o primeiro a ser representado é o marido, ligeiramente maior do que ela, apesar de na realidade ambos terem a mesma altura. Voltados para a frente, a uma pequena distância. Ambos sorriem, embora o sorriso da Sr.^a M. A. pareça triste. Ambos a uma pequena distância um do outro. Sr. M. parece também inacabado e tem os pés voltados para o lado oposto da Sr.^a M.A.

Questões circulares.

-Foram colocadas questões quanto às representações gráficas de ambos e dos cônjuges, exemplos:

-**Sr.^a M.A.** quer explicar o seu desenho?

-Porque iniciou o desenho pelo marido? Porque o representou desta forma?

-Qual o significado de estarem ambos um pouco afastados? É assim que se sente em relação ao seu marido? Afastada?

-Ambos sorriem, mas o seu sorriso parece triste. Pode explicar?

-Estão a uma distância considerável um do outro, está a aumentar ou diminuir? O que mudou?

-O que acha do desenho do marido?

-**Sr. M.**, porque acha que a esposa vos desenhou assim? Que significado teve o desenho dela para si?

-Sr. M. e o seu desenho? O que quis representar?

-Porque a sua esposa está de costas? É assim que a vê? Inacabada?

-A sua esposa parece ter o dobro do seu tamanho no desenho, apesar de parecerem ter a mesma altura, pode explicar o significado?

-O seu pescoço foi representado maior do que o real, como se a tentar “ver para além de”. O que gostaria de ver Sr. M?

-Porque a sua esposa está nua? O que quer dizer com isso?

-Estão a uma pequena distância um do outro, como podem encurta-la?

-O que acha do desenho da sua esposa?

-É pedido sempre o feedback do outro cônjuge relativamente ao que o primeiro expressa, a cada pergunta.

Ao apresentar-se como uma surpresa, visto não estar planeado como possibilidade discursiva e, sobretudo, como produtor de sentido, o desenho adquiriu nesta família um carácter desconstrutivo e abriu a possibilidade a novos significados para as questões na interação conjugal, sendo que a linguagem metafórica do desenho se constitui menos ameaçadora, porém não menos importante (Biagi-Borges & Rasesa, 2017). O desenho ampliou a forma de conversar sobre os problemas (Epston, Freeman e Lobovits, 2001), e convidou o casal a sair da zona de conforto a que está habituado e abriu caminho para a descoberta, para o novo (como citado em Biagi-Borges & Rasesa, 2017) e para a utilização mais frutífera de outras técnicas. Deste modo utilizou-se o questionamento circular para desconstruir o que cada desenho representava, uma vez que questionar e mudar não são momentos separados, mas simultâneos, e o “questionamento gera mudanças” (Cooperrider & Whitney, 2005). Questionar e mudar não são momentos separados, mas simultâneos. Questionar é intervir e promove a mudança. (Cooperrider & Whitney, 2005).

Exercício sobre Comunicação:

Foi pedido ao Sr. M. que descrevesse à Sr.ª M.A. um objeto escolhido para que a sua esposa o desenhasse, sem o ver, apenas com as indicações dadas por ele.

No final fez-se a comparação do objeto real com o desenhado. Ambos relataram de imediato as diferenças notórias entre ambos. Após reflexão, o casal concluiu que mesmo numa situação-tipo como esta, em que o emissor fez em esforço para passar a mensagem e o recetor esteve empenhado em recebê-la, existiram falhas na comunicação. Este exercício surtiu o efeito pretendido: normalizar os problemas do casal no âmbito da comunicação e demonstrar a importância de passar a mensagem o mais clara e detalhadamente possível e “sem ruído”, para compreensão do outro.

Motivar a identificar rituais em conjunto:

Tentou-se perceber primeiro, através de questões, quais gostos individuais e de casal em termos de atividades, que tipo de rituais tinham e gostavam de recuperar e que significado tinham, que rotinas e rituais tinham no momento e quais gostavam de ter e porque. O casal identificou como rituais a recuperar: ir à Terra Natal uma vez por mês e ficarem lá um fim de semana; aos sábados ir caminhar junto à praia de manhã e aos domingos ir à missa das 11h juntos e irem almoçar fora. Definiram em conjunto as ações, a repetição, a ordem, a preparação para as ações, hora, ritmo de repetição e sequência, sendo que o enfermeiro criou o espaço terapêutico para que isso acontecesse e apenas interveio na identificação dos detalhes a serem necessários definir.

O facto de os rituais serem mecanismos de socialização torna-os especialmente importantes para a criação da identidade familiar. A partilha de símbolos permite a construção de significados partilhados pelos insiders (membros da família); a repetição das fórmulas vivenciais de certas ocasiões concede a segurança necessárias à estabilidade do grupo (Crespo, 2000, p.83). Por um lado, as identidades individuais e de grupo refletem-se e reforçam-se nos rituais que se vivenciam; por outro lado, ocorrem mudanças que permitem que essas identidades se re-criem a cada nova experiência (Laird, 1988 como citado em Crespo, 2007).

Rituais Familiares:

Após o Sr.ª M. ter dito: que *“parece que estamos juntos, mas nem nos olhamos nos olhos”* e a Sr.ª M.A. ter concordado, foi sugerida uma tarefa para realizassem em casa diariamente: Momento de “olhos nos olhos”: olham-se 2 minutos e depois dizem algo ao cônjuge que gostaram naquele dia e algo que não gostaram. Refletem em seguida em conjunto e trazem feedback na próxima consulta (Reis et al, 2021).

Os rituais familiares são eventos simbólicos, com um significado especial partilhado pelos elementos da família (Fiese, 2006), que envolvem repetição, real ou imaginada e abarcam, não apenas a sua vivência, mas a preparação e integração dos mesmos (Imber-Black et al., 2003) (como citado em Azevedo, 2018). Estes atos simbólicos refletem e fomentam a identidade familiar, pois através da sua vivência transmitem-se valores e crenças; desenvolve-se no contexto da participação nos rituais, um sentido de pertença ao grupo e de transmissão intergeracional da herança familiar (Fiese 2006; Fiese et al., 2002 como citado em Azevedo, 2018).

Avaliação de resultados das intervenções Questões Lineares e de Escala	3ª consulta (27.03.2023): Foram à missa juntos dois domingos. Caminharam num dos sábados de manhã. Fizeram exercício “do momento olhos nos olhos” três vezes em casa. Referem que da primeira vez sentiram-se estranhos e não disseram nada um ao outro a seguir. Na segunda experiência conversaram durante alguns minutos sobre “assuntos que tinham pendentes entre ambos”. Na terceira experiência conversaram durante muito tempo depois e se abraçaram. Referem uma melhora na comunicação.
	4ª consulta (17.04.2023): Planeiam ir à terra natal passar um fim de semana. Desde a última consulta fizeram o exercício “do momento olhos nos olhos” mais algumas vezes, depois referem que “deixaram de precisar” pois quando necessário falavam um com o outro, “não deixando assuntos pendentes”.
	5ª consulta (15.05.2023): Foram à terra natal e descrevem atividades que fizeram juntos. Fisicamente mais juntos na consulta. Mais bem-humorados que anteriormente. Têm ido caminhar ao sábado, ido à missa junto aos domingos e feito outras atividades juntos: idas ao comércio popular, entre outras atividades recreativas. Ambos numeram a satisfação com o padrão de comunicação do casal 8 em 10.
Diagnóstico	Comunicação eficaz (5ª consulta 15.05.2023)

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala e circulares: -- Qual é a vossa situação laboral? — Como dividem/partilham as tarefas domésticas? — Que percentagem de tarefas domésticas costuma fazer? — Sentem-se satisfeitos com a forma como partilham/dividem as tarefas domésticas? De 1 a 10, quanto? — O que acha da pontuação atribuída pelo seu cônjuge? — Já conversaram sobre a divisão de tarefas domésticas entre vocês? A que conclusões chegaram? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Resultados (1ª consulta - 08.02.2023) -Sr. M: “ <i>Eu não faço nada. Não posso. Precisando compro feito.</i> ” Não realiza tarefas domésticas, sente-se satisfeito com a partilha de tarefas e diz que esposa “ <i>sempre e fez e nunca reclamou</i> ”. Satisfação: nível 10. Surpreendido com a pontuação da esposa.
		(1ª consulta - 08.02.2023) -Sr.ª M. A.: “ <i>Sou eu que faço tudo. Sempre foi assim.</i> ” Realiza todas as tarefas domésticas. Insatisfeita com a divisão de tarefas, diz que gostava de o marido também fizesse algumas atividades. Satisfação: nível 4. Nada surpreendida com a pontuação do marido, mas gostava de “ <i>mudar as coisas.</i> ”

Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares e de Escala: — Que tempo reservam para estarem juntos e a sós? — Que tempo de qualidade estiveram juntos, a dois, na última semana? — Está satisfeito(a) com o tempo que passam juntos? De 1 a 10? — Como qualificaria o tempo que passam juntos? — Que importância tem o tempo que passam juntos? — Na sua opinião, o tempo que passam juntos deveria aumentar ou diminuir? — Expressou a sua opinião sobre o tempo que passam juntos ao parceiro? — Que atividades recreativas gosta de partilhar com o seu parceiro? — Têm interesse em passatempos comuns? — Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos? — Que atividades gosta de realizar sozinho(a)? (perguntar individualmente) — Está satisfeito com o tempo para as atividades individuais? — Na sua opinião, esse tempo deveria aumentar ou diminuir? — Que opinião têm sobre os interesses/passatempos do vosso parceiro? — Que tarefas/atividades considera que vos retira tempo para estarem juntos? — É possível alterar o tempo que gasta nelas? — Como poderia fazer para contornar isso? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir? Resultados (1ª consulta - 08.02.2023) Sr. M está satisfeito com o tempo que passam juntos (10) <i>“Estamos sempre juntos!”</i>. Qualifica o tempo que estão juntos como <i>“bem passado”</i>. Gosta de ver televisão com a esposa. Refere que também tem tempo para as suas atividades individuais: <i>“ler o jornal, dormir a sesta, pescar”</i>. (1ª consulta - 08.02.2023) Sr.ª M.A. refere que passam todo o tempo juntos, mas não fazem atividades recreativas a dois. Passam muito tempo em casa, a ver televisão. É a Sr.ª M.A. que tem iniciativa para realizarem atividades juntos. Sublinha que está insatisfeita neste âmbito: atribui o valor 4 em termos de satisfação. Refere que também tem tempo para as suas atividades individuais: <i>“fazer crochet, ler revistas e livros e caminhar.”</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala e circulares: — Costuma conversar com o seu parceiro sobre os seus sentimentos? — Como reage quando o seu parceiro expressa o que sente? — Está satisfeito(a) com a forma como expressam o que sentem um ao outro? De 1 a 10 - quão satisfeitos está? — Sente que o seu/sua parceiro(a) compreende os seus sentimentos? — Sente que o seu/sua parceiro(a) expressa os seus sentimentos de forma adequada? — De que forma costuma mostrar ao seu/sua parceiro(a) o que sente? — Costumam guardar para si o que sente em determinado momento? — Costuma chamar a atenção do parceiro para comportamentos que considerara desadequados? Como o faz? — Como reage o seu parceiro quando expressa comportamentos dele que não gostou? — E como reage quando o seu parceiro faz o mesmo acerca dos seus comportamentos? Resultados (1ª consulta - 08.02.2023) Satisfação de ambos os membros do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos, ambos atribuem nível de satisfação 8. Sentem que <i>“podem contar um com o outro para tudo”</i>.

	— Sente que o seu parceiro o(a) aceita totalmente, incluindo defeitos e virtudes? — Com quem realmente contam para se sentirem mais relaxados, quando estão tensos ou sob pressão? — Sentem que podem realmente contar com o parceiro quando precisam de ajuda? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	
Crítérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida por: • Relação dinâmica disfuncional	
Subdiagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Relação dinâmica Disfuncional (Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas)	
Resultados Desejados	Divisão de tarefas satisfatória para ambos os elementos do casal.	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas (3ª consulta - 27.03.2023)	
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas (3ª consulta - 27.03.2023)	
	Promover a comunicação expressiva das emoções (2ª consulta - 03.03.2023)	
	Promover a comunicação do casal (2ª consulta - 03.03.2023)	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI) e Fundamentação:</u>		
-Técnicas Transversais:		
(3ª consulta - 27.03.2023) Utilização do questionamento para identificar que tarefas a Sr. M. A. gostaria que o Sr. M fizesse e para quais o Sr. M estaria disponível (lineares, circulares, reflexivas, estratégicas, de escala)		
• O que seria preciso para aumentar a satisfação com a divisão das tarefas da Sr.ª M.A. do nível 4 para nível 8? • O que contribui para uma disparidade de respostas tão grande entre vós? (4 e 10)?		
O uso de escalas permite avaliar, entre outras coisas, a intensidade do problema, o nível de esperança na mudança, o progresso desde a última consulta, o nível de satisfação e perspetivar os esforços que são necessários para alcançar pequenas mudanças, sendo os membros da família incentivados a dar pequenos passos para aumentar um ponto na escala (Morgara, 2014).		
• -Como se sente o Sr. M ao ouvir que a sua esposa está insatisfeita com a divisão das tarefas domésticas? • -Como se sente a Sr.ª M.A. ao ouvir o seu marido dizer que “precisando compra feito”? •		
“Os comportamentos dos membros da família são mais bem compreendidos a partir de uma visão de causalidade circular do que linear” (Wright & Leahey, 2002, p.42).		
• Que tarefas domésticas não faz, mas não se importaria de fazer? • Que tarefas domésticas faz, mas preferia não fazer? • Como gostaria que fossem divididas as tarefas domésticas, por forma a terem mais tempo para vocês e para outras atividades? • As tarefas domésticas são realizadas por iniciativa própria e há fluidez no processo? • Sente necessidade de pré-estabelecer a divisão das tarefas? • No seu caso, considera que as suas tarefas poderiam aumentar, diminuir, ou está bem assim? (pergunta a colocar individualmente)		

- -O que aconteceria se a partir da próxima semana o Sr. M assumisse mais responsabilidades na divisão das tarefas domésticas?

As questões estratégicas são efetuadas com a finalidade de influenciar os participantes do sistema familiar de modo específico. Podem ser viabilizadas através da apresentação de alternativas, com consequências corretivas dos padrões comportamentais e de crenças (Barbosa, 1996).

Questões Exceção (3ª consulta - 27.03.2023):

-Por vezes o Sr. M faz alguma tarefa? Mesmo que considere algo mais simples, pode dar um exemplo?

-E quando isso acontece como se sentem?

As questões sobre as exceções inquiram o utente/família sobre as situações em que o problema está ausente ou é menos intrusivo, levando-o a contemplar como significativas as soluções que pode já ter começado a construir e que então percebe que pode ampliar (Shazer *et al.*, citado por Trepper *et al.* 2006). É importante explorar as exceções até conseguir uma boa descrição das mesmas, em termos comportamentais e concretos. Desta forma podemos co-construir exceções intencionais que se caracterizam, não apenas por situações em que o problema não ocorre, mas, por situações em que a pessoa consiga identificar a forma como agiu para que se torne replicável no futuro (Beyebach, 2014).

Questões de Coping (3ª consulta - 27.03.2023):

-Como resolveram este tipo de questões no passado?

Com o uso das questões de *coping* é pretendido dar início à procura de estratégias utilizadas pelo cliente e conhecer as suas forças e recursos. Esta abordagem pretende focar a pessoa naquilo que de positivo existe em si, no seu passado e no futuro, incentivando-o a fazer mais daquilo que funciona, encorajando-o e direcionando-o para a solução (Morgara, 2014).

(3ª consulta - 27.03.2023)

Técnica Interacional/Ativa: Metáfora

“Sr. M, imagine-se a entrar no quartel de bombeiros todas as manhãs e perguntar ao seu colega: ‘Podes lembrar-me o que tenho para fazer hoje? Vou só sentar-me aqui à espera que me digas o que tenho de fazer’, enquanto há um incêndio à porta do quartel.”

-Exploração de: Sentimentos do colega de trabalho (esposa)/ Trabalho de equipa (casal)/ Identificação dos focos de incêndio (tarefas a realizar) / Condutas de ambos/ Paralelismo do trabalho doméstico como o “novo trabalho” de ambos, uma vez que estão os dois reformados.

Fez-se a exploração de sentimentos do colega bombeiro (esposa), do trabalho de equipa (casal), da identificação dos focos de incêndio (tarefas a realizar), das condutas de ambos e um paralelismo do trabalho doméstico como o “novo trabalho” de ambos, uma vez que estão os dois reformados. A sua utilização permitiu ao Sr. M. discernir sobre a relação entre o que ele faz e as consequências problemáticas que experimenta; refletir sobre os seus próprios pensamentos, emoções e sensações físicas, estabelecendo uma distância observacional deles conforme emergem e a usar essa habilidade para esclarecer o que é importante na sua vida e do casal e quais seriam os passos concretos nessa direção (Törneke, 2017). Não é apenas a fonte e o alvo da metáfora que lhe dão significado. O contexto em que é utilizada é também uma contribuição crítica para o seu significado. (Ritchie *et al*, citados por Törneke, 2017). Partindo de contexto profissional a metáfora pode ser utilizada intencionalmente para influenciar o outro (Tay, 2013, Törneke, 2017; Cohen, 2018).

(3ª consulta - 27.03.2023)

Sugestão de Tarefa a realizar em casa e apresentar na sessão seguinte:

Co-construção de um plano de gestão de tarefas domésticas - realização de tabela com sugestão dada por ambos com divisão das tarefas realizada pelos membros do casal. Numa tabela que possui duas colunas, cada uma com o nome de cada um dos membros do casal são colocadas as tarefas que pretendem realizar. Início na consulta.

O estabelecimento de objetivos tem um efeito terapêutico porque propõe ao casal alcançar uma meta, criando a expectativa de um futuro diferente, em que mudanças de comportamento são possíveis (Morgara, 2014). A sugestão de tarefas para realizarem no intervalo entre as sessões é algo que pode ser adotado, sendo que as tarefas devem derivar do que foi negociado na consulta, serem simples e aceites pelos membros da família (Beyebach, 2014).

Avaliação de resultados das intervenções (4º contacto 24/04/2023):

(4º contacto 17/04/2023):

Avaliar a Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas através de questões lineares e de escala (ver atividades diagnósticas)	Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas Sr. M passou a levar o lixo à rua; Pôr e tirar a mesa; Ir verificar o correio; Regar plantas; Ajudar a fazer a lista das compras. “Só o facto de ele estar aberto a fazer alguma coisa já me deixa feliz. E claro é uma ajuda para mim!” (Sr.ª M.A.) “Faço coisas simples pela minha doença lombar, mas que aliviam um pouco as tarefas da minha esposa. Se soubesse que ela ficaria tão feliz tinha começado mais cedo.” Trazem o plano de gestão de tarefas e estão a segui-lo, com flexibilidade. Têm feitos atividades recreativas em conjunto.
	5ª consulta (15.05.2023): Sr. M continua a fazer as atividades domésticas já descritas. Mantem-se a fazer atividades recreativas em conjunto. Os dois referem satisfação na divisão das tarefas e tempo que passam juntos.
Diagnóstico (5º contacto 15.05.2023)	Relação Dinâmica Não Disfuncional - Satisfação Conjugal Mantida

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	As dimensões Interação Sexual e Função Sexual não foram avaliadas. Neste casal a prioridade estabelecida foi a comunicação, pelo que se optou por não abordar assuntos relacionados com a sexualidade do casal, uma vez que também a relação terapêutica ainda é recente.
	B.1.3- Função Sexual	Quando abordadas as complicações da Diabetes foi nomeada a Disfunção Sexual e quando questionado o Sr. M. não mencionou sofrer deste tipo de complicação. Quando abordada esta questão o casal não quis desenvolver o assunto, não direcionando o diálogo neste sentido. Estas dimensões deverão ser avaliadas futuramente pela enfermeira de família, após as questões de comunicação estarem resolvidas e a Comunicação do casal passar a ser Eficaz.

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
	Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala: -Está satisfeito com a sua relação com o vosso filho? (atentar na resposta dos dois) -Exerce o papel de mãe de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas de P. (filho)?	Resultados (2ª consulta - 03.03.2023): Conhecimento de ambos sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental. Exercem o papel de pais segundo as
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>		

	-Exerce o papel de pai (depende do termo que utilizarem) de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas de P. (filho)? -Considera ter uma relação com P. (filho) de adulto para adulto? (avaliar o respeito pela individualidade)	próprias expectativas e das do filho. Consideram ter uma boa relação com o filho, de adulto para adulto.
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala: -Como encaram o facto do vosso filho ser um adulto, pai de família? -Como era a vossa relação antes de ele sair de casa? E agora? -Com estas alterações de vida têm conseguido redefinir a vossa relação com o vosso filho de adulto para adulto? -Qual acham que é a opinião do vosso filho sobre a vossa relação com ele, enquanto pais? Qual o motivo? -Atualmente costumam interferir na vida do vosso filho?	Resultados (2ª consulta - 03.03.2023): Redefinição das relações com o filho– relações adulto-adulto demonstradas. Sempre tiveram boa relação. Sempre foi desejo de ambos que o filho construísse a sua própria família e estão “ <i>felizes por isso</i> ”.
Atividade Diagnóstica do item <u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala: - Como encaram o facto do vosso filho construir a sua própria família? - Qual a vossa relação com a vossa nora? Qual a vossa opinião sobre ela? - Como é a vossa relação com o vosso neto? Qual a vossa opinião sobre ele?	Resultados (2ª consulta - 03.03.2023): Inclusão na família da nora e neto “ <i>Gostamos muito deles</i> ”.
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contacto mantido</u>	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala: -Que tipo de contato têm com o vosso filho? -Estão satisfeitos com esse padrão?	Resultados (2ª consulta - 03.03.2023): Satisfação com o contacto mantido com o filho: telefonicamente de forma diária e presencialmente 1 vez por semana.
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a) Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala: -Como era a vossa relação com o vosso filho anteriormente? -O que mudou? -Estão satisfeitos com o tipo de relação que têm atualmente? E com a vossa nora? -Acham que o vosso filho está satisfeito com o tipo de relação que tem convosco?	Resultados (2ª consulta - 03.03.2023): Satisfação com a relação mantida com o filho e nora. Acham que o filho e nora também estão satisfeitos com o contacto que têm com eles.
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Existência de consenso do papel	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.4 – Conflito do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de conflitos de papel	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel SIM	

Dimensão	B.7.5 – Saturação do papel
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de saturação do papel
Subdiagnóstico	Saturação do Papel NÃO

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel parental adequado (03.03.2023)

DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente
SIM
NÃO X

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe – 12+11= 25 pontos- Menor probabilidade de incidência de doenças

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	Sendo que a família corresponde a um casal, as questões de comunicação já foram abordadas na dimensão comunicação de casal, anteriormente.

Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica 1. Quem na família expressa mais os sentimentos? 2. Quem tem iniciativa para os resolver? 3. Existe discussão sobre os problemas na família 4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas 5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas 6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	Resultados 1. Sr.ª M.A. 2. Ambos 3. NÃO 4. NÃO 5. Sim 6. Sim
Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver ou os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Não Eficaz (15.05.2023)	

Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (08.02.2023): Sr. M e Sr.ª M.A. Consenso - Sim Conflito - Não Saturação - Não
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (08.02.2023): Sr. M A. Consenso - Sim Conflito – Não Saturação - Não
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (08.02.2023): Sr.ª M.A. Consenso - Sim Conflito - Não SATURACÃO - SIM

Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Recreativo</u>	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (08.02.2023): Sr.ª M.A. Consenso - Sim Conflito - Não Saturação - Não
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (08.02.2023): Sr.ª M.A. Consenso - Sim Conflito - Não Saturação - Não
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Não Eficaz por Saturação Papel Cuidado Doméstico (08.02.2023) Interação de Papéis Não Conflitual (08.02.2023)	

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 Quem é o membro com maior poder na família? Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros?	Resultados (15.05.2023): Os dois membros. Sim.
Atividade Diagnóstica do item <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica - 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?	Resultados (15.05.2023): Não Sim
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 -FACES II	Resultados (15.05.2023): Sr. M: Coesão Familiar: Coesão Familiar: 4+5+5+5+5+5+4+4+5+5+5+4+5+5= 75 – Muito Ligada Adaptabilidade:5+4+5+5+4+3+4+3+4+4+4+3+5+1 = 54 –Flexível Tipo de Família: Equilibrada

		Sr.ª M.A.: Coesão Familiar: 5+5+5+5+5+4+4+5+5+5+4+5+5+5= 76 – Muito Ligada Adaptabilidade: 5+4+5+5+4+3+4+3+4+4+4+3+5+1 = 54 –Flexível Tipo de Família: Equilibrada
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Funcionalidade da Família</u>	Atividade diagnóstica Funcionalidade da Família – APGAR Familiar de Smilkstein	Resultados Apgar Familiar de Smilkstein: Família Altamente Funcional (para ambos 2+2+2+2+2= 10)
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional (15.05.2023):	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: • Comunicação Não Eficaz e/ou • <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional
Diagnóstico:	• Processo Familiar Disfuncional por Interação de Papéis Não Eficaz (08.02.2023) • Processo Familiar Disfuncional por <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz (15.05.2023)

Resultados Desejados	Redefinição de Papéis de modo a que cesse a Saturação de Papel
Intervenções	Promover a comunicação expressiva das emoções (27.03.2023)
	Promover o envolvimento da família (27.03.2023)
	Colaborar na identificação dos papéis familiares (27.03.2023)
	Avaliar as dimensões não consensuais do papel (27.03.2023)
	Avaliar saturação do papel (27.03.2023)
	Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família (27.03.2023)
	Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família (27.03.2023)
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel (27.03.2023)
	Promover estratégias adaptativas/ <i>coping</i> na Família (15.05.2023)
	Negociar estratégias adaptativas/ <i>coping</i> na Família (15.05.2023)

Atividades que concretizam as intervenções (ACI) - Uso da Metáfora:

“Imagine Sr. M., que está de volta aos bombeiros. É hora de almoço e está sozinho com outro colega no quartel. O Sr. M está a arrumar o material para uma formação que ambos vão dar ainda nesse dia, o seu colega está sentado a descansar. Toca o telefone. É necessário para confirmar se um incêndio já cessou. Ao mesmo tempo vem uma idosa ter consigo para ajudar a retirar o gato dela do cimo de uma árvore e ainda é preciso arrumar toda a sala para a formação. E nisto o seu colega continua na “dele”.”

Fez-se a exploração de sentimentos do colega bombeiro (esposa), do trabalho de equipa (casal), da identificação dos focos de incêndio (tarefas a realizar), das condutas de ambos e um paralelismo do trabalho doméstico como o “novo trabalho” de ambos, uma vez que estão os dois reformados.

A metáfora permitiu ao enfermeiro entrar no sistema terapêutico e representar comportamentos relações, interações ou ainda regras do sistema familiar e ainda transmitir à família o resultado da observação: análises, hipóteses e ideias sobre ela, de forma subtil (Sanches & Peixoto, 1996). Utilizou-se uma metáfora relacionada com a antiga profissão do Sr. M., que era bombeiro, que pode ser consultada em anexo. Partindo de contexto profissional a metáfora foi utilizada intencionalmente para influenciar o outro (Tay, 2013, Törneke, 2017; Cohen, 2018). A sua utilização permitiu ao Sr. M. discernir sobre a relação entre o que ele faz e as consequências problemáticas que experimenta; refletir sobre os seus próprios pensamentos, emoções e sensações físicas, estabelecendo uma distância observacional deles conforme emergem e a usar essa habilidade para esclarecer o que é importante na sua vida e do casal e quais seriam os passos concretos nessa direção (Törneke, 2017).

Questões de Coping

-Como ultrapassaram este tipo de questões no passado?

Uma importante técnica narrativa para famílias é o “*storytelling*”, entendido como o processo de engajamento da família ao relatar as experiências vividas uns aos outros. Esta forma de narrativa proporciona uma discussão familiar terapêutica, levando à construção de uma teoria compartilhada por todos os membros sobre os eventos vivenciados e à razão pelas quais estes aconteceram, permitindo que cada membro visualize a história de vida da família através da sua perspetiva e da de outros membros, inclusive no que se refere às emoções; o que resulta num entendimento compartilhado e integrado dos eventos (Kiser et al., 2010) e da história autobiográfica da família (como citado em Polleto, 2014).

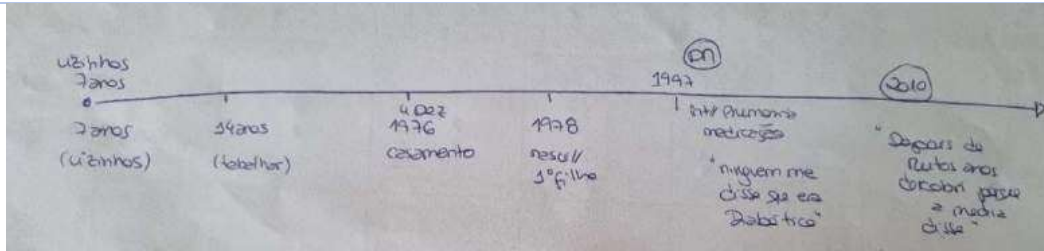
Elogiar a Família:

O elogio à família permitiu ressaltar os pontos fortes, recursos e possibilidades são uma parte “extremamente importante do processo (terapêutico)” sendo uma intervenção terapêutica poderosa, eficaz e duradoura (Robinson, 1998, pág. 284 como citado em Wright & Leahey, 1999). O casal internalizou os elogios oferecidos, mostrou-se mais receptivo e confiante na relação enfermeiro-família e aceitou mais facilmente ideias, opiniões e conselhos oferecidos. Ao elogiar os recursos, competências e pontos fortes da família, foi oferecida uma nova visão do sistema familiar, ao mudar a visão que têm as famílias são frequentemente capazes lidar os problemas de maneira diferente e, assim, avançam em direção a soluções mais eficazes (Wright & Leahey, 1999).

São intervenções terapêuticas poderosas, eficazes e duradouras. As famílias que internalizam elogios oferecidos pelos enfermeiros parecem mais receptivas e confiantes na relação enfermeiro-família e tendem a aceitar mais facilmente ideias, opiniões e conselhos oferecidos. Ao elogiar os recursos, competências e pontos fortes das famílias, enfermeiros oferecem aos familiares uma nova visão de si mesmos. Ao mudar a visão que eles têm de si mesmos, as famílias são frequentemente capazes de olhar lidam com seu problema de saúde de maneira diferente e, assim, avançam em direção a soluções mais eficazes para reduzir o sofrimento potencial ou real (Wright & Leahey, 1999)

Construção da “linha do tempo” do casal (Fonseca, 2022; Polleto, 2014):

Foi pedido ao casal para numa linha de tempo, co construída com a minha ajuda, descrevessem os principais acontecimentos na vida do casal, desde que se conheceram. Incentivar o casal a contar a sua história desde o momento em que se conheceram até os dias de hoje, incentivar a assinalar os “marcos” de crises pelas quais tenham passado, estratégias utilizadas.



Eram vizinhos, conhecem-se desde os 7 anos de idade. Relatam vários problemas ultrapassados em conjunto, inclusive um internamento prolongado do Sr. M. por Pneumonia, com várias complicações associadas e internamento na unidade de cuidados intensivos e outros vários internamentos por cirurgias à coluna. Ressaltaram “os tempos difíceis” que já passaram juntos e como se souberam “manter unidos sempre”.

Essa técnica consiste na elaboração de uma linha, demarcando temporalmente a ocorrência dos eventos importantes na família. A importância da ilustração dos eventos importantes e mais geradores de stress de maneira organizada ao longo da história de vida familiar é baseada em interações entre tempo e espaço, sugerindo que seres humanos representam o tempo como espaço, de maneira unificada (Bonato, Zorzi & Umiltà, 2012 como citado em Polleto et al, 2014). Esta técnica permitiu o estabelecimento de novos padrões de relacionamento e estratégias de resolução de problemas e desenvolvimento de regulação emocional e facilitou a narrativa de situações de crise da família de forma não invasiva (Polleto et al, 2014).

Imagens Mentais Positivas (através da Utilização do Mapa de Conversação da Diabetes®):

Pedi-se para que cada um dos membros do casal se identificasse com um dos casais representados no mapa e justificar porque.
 Questionou-se a opinião do cônjuge sobre a escolha do seu parceiro.
 Questionou-se como percorriam o caminho, como se posicionariam a partir de agora. Questionamento circular e reflexão.

Pelo princípio imaginário/antecipatório “os sistemas humanos são inspirados e guiados pelas suas imagens do futuro” (Hammond, 1996 como citado em Cooperrider & Whitney, 2005). Fez-se recurso à criação de imagens mentais positivas, de forma a remodelar a realidade antecipada, pela criação engenhosa de imagens do casal no futuro que conduziam a ações positivas. “Uma imaginação vívida compele o corpo inteiro para obedecê-la” (Aristóteles, SD como citado em Cooperrider & Whitney, 2005). Em comparação com o processamento verbal do mesmo conteúdo, as imagens mentais provocam emoções mais fortes (Pearson et al, 2015). Comparadas com pensamentos verbais de conteúdo semelhante, as imagens mentais são classificadas como mais 'reais' (Mathews, 2013 como citado em Pearson et al, 2015). A principal função das imagens mentais inclui simular possíveis cenários futuros (Libby et al, 2007; Moulton & Kosslyn, 2009; Gilberto & Wilson, 2007 como citado em Pearson et al, 2015).

Avaliação de resultados das intervenções	4ª consulta (27.03. 2023): Já partilham algumas tarefas domésticas. Sr.ª. M.A. refere menos saturação no papel doméstico.
	5ª consulta (15.05.2023): Satisfação com a Divisão das Tarefas Domésticas e por consequência a Sr.ª M.A. já não refere saturação do Papel de Cuidado Doméstico. Identificam situações anteriores em que resolveram problemas, referem estratégias.
	6ª consulta (05.06.2023): Existe discussão sobre os problemas na família Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas
Diagnósticos	Interação de Papéis Eficaz (15.05.2023) Coping Familiar Eficaz (05.06.2023) Processo Familiar Não Disfuncional (05.06.2023)

ANEXO VIII - Planos de Cuidados Individuais da Família 2

Plano do SR. M.:

Foco	Aceitação do Estado de Saúde	
Critérios diagnósticos	Aceitação do estado de saúde comprometida se: -Consciencialização comprometida e/ou -Crenças Dificultadoras e/ou -Capacidade para participar (envolvimento) comprometida e/ou -Volição Comprometida	
	Atividade diagnóstica Averiguar: -Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde -Abandono do conceito da condição de saúde anterior -Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição -Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde -Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde -Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde	Resultados (1ª consulta 08.02.2023): Refere que iniciou terapêutica para Diabetes em 1997, mas refere: “ninguém me disse que era Diabético” e que só descobriu anos mais tarde pela médica de família. Atualmente identifica-se como portador da doença. -Consciencialização não comprometida -Inexistência de Crenças Dificultadoras -Envolvimento não comprometido -Volição Não comprometida
Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde (08.02.2023)	

Foco	Gestão do Regime Terapêutico	
Critérios diagnósticos	GRT Não demonstrado se: • Conhecimento Não demonstrado (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico) e/ou • Adesão Não Demonstrada (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Diabetes: -Definição da doença -Complicações do processo patológico -Sinais de hiperglicemia/hipoglicemia -Atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia	Resultados (1ª consulta 08.02.2023): -Define doença incorretamente: “Açúcar no Sangue”; “Custa mais a curar.” -Descreve apenas algumas das complicações do processo patológico -Descreve sinais de hiperglicemia/hipoglicemia - Descreve atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia
	Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado/ Não Demonstrado	

	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Regime Dietético:	Resultados (1ª consulta 08.02.2023): -Não escreve dieta recomendada (consistência, horário, quantidade) -Não descreve os alimentos adequados/ a evitar -Descreve as orientações para a preparação dos alimentos
	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso:	Resultados: -Descreve a via de administração do medicamento -Descreve o efeito pretendido com o medicamento -Descreve efeitos secundários/ interação do medicamento -Descreve o armazenamento do medicamento Metformina+Vildagliptina 1000/50 – 1 almoço; Perindopril 10mg+Indapamida 2,5mg + Amlodipina 10mg – 1 jejum; Espironolactona 25mg – 2 manhã Artorvastatina 40mg – 1 noite Prégabalina 25mg – 1 manhã + 1 noite AAS 150mg -1 noite Tansulosina – 1 noite Relvar+ ventilan SOS Tram-u-rom 150mg – 2 noite Tizanidina 2mg – 1 noite Forlax 10mg SOS
	Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre regime de Exercício Físico:	Resultados (1ª consulta 08.02.2023): - Não descreve tipo, frequência e intensidade do exercício - Não descreve equipamento de proteção e segurança adequado ao tipo de exercício - Refere ter limitações devido às cirurgias lombares
Critérios diagnósticos	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento não Demonstrado: Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado (1ª consulta 08.02.2023): Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Não Demonstrado (1ª consulta 08.02.2023):	
Dimensão	Adesão	
	Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada	
Atividade Diagnóstica	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime Dietético Averiguar se: - Explica as relações entre dieta, exercício e peso corporal	Resultados (3ª consulta 27.03.2023): “Como quase sempre igual. Batatas, arroz, massa.” EAD: Alimentação Geral: 7 dias em média

	-Adequa a dieta -Explica as razões para a dieta recomendada -Lê e interpreta os rótulos dos produtos alimentares	EAD: Alimentação Específica: 5,7 dias em média (item reverso - corresponde aproximadamente 3 dias em média) Refeições: Pequeno-almoço: torradas+ iogurte magro / Meio-manhã: café/ Almoço: prato + 2 peças fruta (1 é laranja todos os dias) /Lanche: pão /Jantar: sopa (batata+ feijão)
Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrada/ Não Demonstrada		
	Atividade diagnóstica e resultados Avaliar Adesão ao Regime Medicamentoso Averiguar se: -Providencia / adquire medicamento -Ajusta Horário e dose do medicamento -Prepara medicamento	Resultados (3ª consulta 27.03.2023): EAD: Medicamentos: 7 dias em média Escala MAT: Adesão ao Regime Medicamentoso (5+6+6+6+6+6) Providencia medicamentos.
Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada/ Não Demonstrada		
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime de Exercício Físico Averiguar se: -Adequa o tipo de exercício em função das necessidades/ restrições -Adequa a frequência do exercício em função das necessidades/restrições -Adequa a intensidade do exercício em função das necessidades/ restrições	Resultados (3ª consulta 27.03.2023): EAD: Atividade Física: 3,5 dias em média Não faz exercício físico. Diz que não consegue “devido à coluna”.
Critérios diagnósticos	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão não Demonstrada: Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada (3ª consulta 27.03.2023): Adesão ao Regime de Exercício Não Demonstrada (3ª consulta 27.03.2023):	
Resultados Desejados	Adesão ao Regime Dietético Demonstrada Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada	
Intervenções Sugeridas	Incentivar tomada de decisão	(3ª consulta 27.03.2023)
	Encorajar tomada de decisão	
	Incentivar comportamento de adesão	
	Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física	

Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz

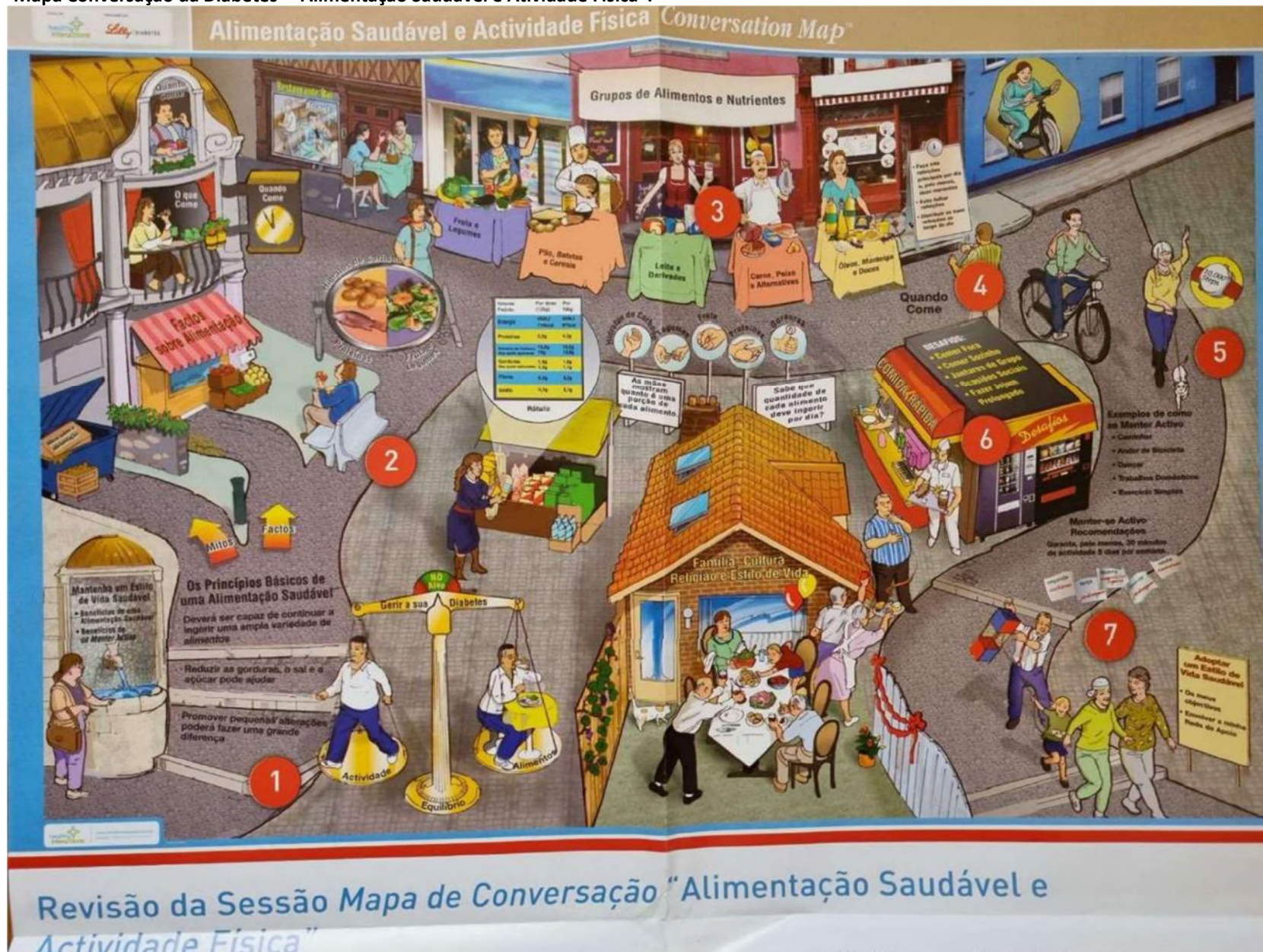
- Mapa Conversação Diabetes® “Viver com Diabetes”



-Mapa Conversação Diabetes® “Como Funciona a Diabetes”



-Mapa Conversação da Diabetes® “Alimentação Saudável e Atividade Física”:



-Secção inferior esquerda do MCD® (1):

Ensinar sobre a importância do equilíbrio entre alimentação e atividade física no controlo da DM2.

Utilização da metáfora da balança para acertar no “alvo”.

-Secção superior esquerda do MCD® (2):

Ensinar sobre a alimentação específica na diabetes.

Ensinar sobre o impacto do álcool na adição de calorias à refeição e no controlo glicémico

Ensinar importância da análise dos rótulos

Ensinar quantidades ideais dos alimentos (imagens mãos)

-Secção inferior direita MCD® (7):

Ensinar a importância de envolver a família

Ensinar a importância de traçar objetivos

Ensinar sobre exercício adaptado a limitações apresentadas (alongamentos, caminhada, exercícios em meio aquático)

Fundamentação:

O MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física”, fornece informações sobre escolhas alimentares e tamanhos de porções, juntamente com diferentes tipos de atividade física (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017).). Cada mapa inclui seis componentes, incluindo visual, compartilhamento de informações, cartões de atividades, interação em grupo, um guia do facilitador e um cartão de estabelecimento de metas (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017; Defeudis et al, 2018).

Entrevista Motivacional

8) Identificar estágio de mudança (pré- contemplação) – não tinha pensamentos sobre mudança comportamento

9) Consciencializar para o problema. Complicações da Diabetes.

10) Acha que deveria mudar algo? O quê?

11) Utilizar metáfora

12) Aludir à capacidade de ultrapassar problemas anteriores. Reforço positivo.

Os ganhos em saúde com a entrevista motivacional com o Sr. M. dizem respeito à consciencialização da nocividade do padrão de comportamento que tem e da necessidade de mudança. A intervenção é muito ao nível dos conhecimentos sobre fatores de risco e complicações da DM2 por forma a impactar o Sr. M. e motivar a decisão para a mudança. O elogio e reforço positivos relembram a sua resiliência e capacidade de mudança no passado e determinação.

Fundamentação: incidir sobre alimentação inadequada configura-se como tratamento não medicamentoso, e tem como objetivo as mudanças no estilo de vida, visando o controle da glicemia, do perfil lipídico e lipoproteico e de pressão arterial (Carvalho, 2020). Assim sendo, a Entrevista Motivacional pode tornar-se ferramenta útil e estratégica de educação em saúde para mudança de estilos de vida saudáveis (Menezes et al, 2022) nas pessoas com doenças crónicas, como a Diabetes. A entrevista motivacional ajuda as pessoas a seguirem e manterem as recomendações propostas para seu plano de cuidado, reduzindo os danos físicos, materiais, psicológicos e emocionais causados pela má gestão da doença, e assim, contribuir para uma melhor qualidade de vida (Menezes et al, 2022). É sem dúvida importante o desejo de querer mudar, e é aí que o profissional capacitado para esse fim demonstra empatia, aceitação e compreensão pela situação a qual o indivíduo está a passar, não fazendo

	juízos de valor nem impondo mudanças que ele não queira (Menezes et al, 2022). A entrevista motivacional mostra-se uma alternativa promissora que pode ser utilizada para a melhoria do comportamento alimentar de idosos diabéticos e hipertensos atendidos pelas equipas de saúde familiar (Menezes et al, 2022). A entrevista motivacional promove um ambiente que sustenta a autodeterminação do utente, apoiando o desenvolvimento de objetivos que suportem valores pessoais, permitindo a mudança para regulações mais autónomas e assegurando que o utente é capaz de individualizar/adaptar as mensagens de saúde generalistas) a si, à sua vida, aos seus condicionalismos (Silva et al, 2013). A eficácia da entrevista motivacional está amplamente comprovada na melhora da adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DM2 (Menezes et al, 2022; Lima et al, 2019; Cedillo & Antunes, 2015).
Avaliação de resultados das intervenções	3ª consulta (27.03.2023): O Sr. J. define DM2 e as complicações do processo patológico
	4ª consulta (17.04.2023): Sr. J. identifica os pilares da gestão do regime terapêutico e do controlo glicémico.
	5ª consulta (15.05.2023): Sr. J. identifica como deve ser a alimentação específica da pessoa portadora de DM2 e a importância da realização de atividade física.
	6ª consulta (15.05.2023): Sr. J. alterou a alimentação, deixou de comer laranjas todos os dias e a sopa deixou de ter feijão. Já não come dois hidratos de carbono juntos na mesma refeição.
Diagnóstico	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado (27.03.2023) Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado (27.03.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado (27.03.2023) Adesão ao Regime Dietético (05.06.2023)

Foco	Auto-Vigilância 5ª consulta (15.05.2023):	
Critérios diagnósticos	Auto-Vigilância não Demonstrada se: - Conhecimento Não demonstrado Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés - Adesão Não Demonstrada (Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar Demonstrado /Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento para promover a auto-vigilância da glicemia capilar	Resultados (08.02.2023): -Descreve material necessário, técnica, regularidade
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés	Resultados (08.02.2023): -Descreve importância de manter pés limpos, secos e hidratados -Não descreve importância da autovigilância dos pés nem regularidade

		-Não descreve parâmetros a ter em atenção na autovigilância dos pés: observação, lavagem, secagem, hidratação, corte unhas e tratamento de calosidades, aquecimento, tratamento de feridas e meias e sapatos
Critérios de Diagnóstico	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar Demonstrado (15.05.2023) Conhecimento sobre autovigilância dos pés Não Demonstrado 5ª consulta (15.05.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão à Autovigilância da glicemia capilar Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância da glicemia capilar	Resultados 5ª consulta (15.05.2023): -Não faz autovigilância da glicemia capilar de forma regular por indicação médica. Tem máquina avariada. EAD: 0 dias em média
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância dos pés	Resultados 5ª consulta (15.05.2023): - Não faz autovigilância dos pés EAD: 5,3 dias em média. Lava e seca os pés diariamente, mas não tem a prática de os observar.
Critérios de Diagnóstico	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão à Autovigilância da Glicemia Capilar Não Demonstrada (15.05.2023) Adesão à Autovigilância dos pés Não Demonstrada (15.05.2023)	
Diagnóstico	Auto-vigilância não Demonstrada (15.05.2023)	
Resultados Desejados	Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada	
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre autovigilância dos pés	
	Incentivar tomada de decisão	
	Encorajar tomada de decisão	
	Incentivar comportamento de adesão	
	Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física	
	Ensinar sobre comportamento de adesão	
	Incentivar hábitos alimentares saudáveis	
	Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz	
	Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé	

-Mapa de Conversação em Diabetes® “A Diabetes e os Cuidados com os Pés”

Secção superior esquerda do MCD® (1):

-Ensinar sobre como prevenir complicações nos pés

Secção central do MCD® (2):

-Ensinar sobre a importância de examinar os pés diariamente

-Como observar e o que procurar no exame diário dos pés

-Dar cartões e pedir para analisar e descrever se já encontrou este tipo de achados. Em caso afirmativo questionar o que fez.

-Pedir para o Sr. M. fazer o auto-exame do pé em 15 minutos.

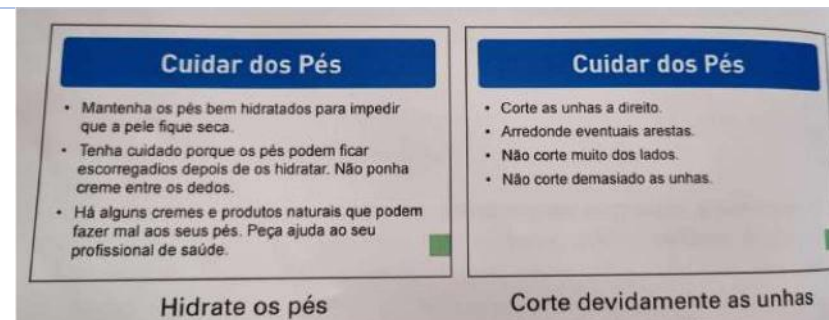
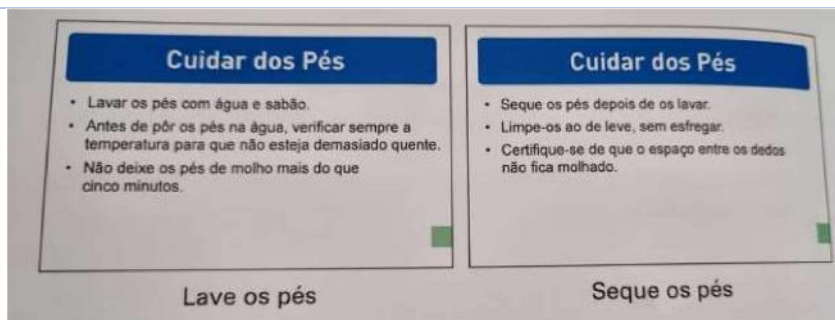
**Atividades que
concretizam as
intervenções
(ACI):**



Secção inferior esquerda do MCD® (3):

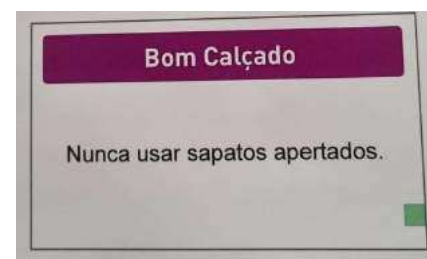
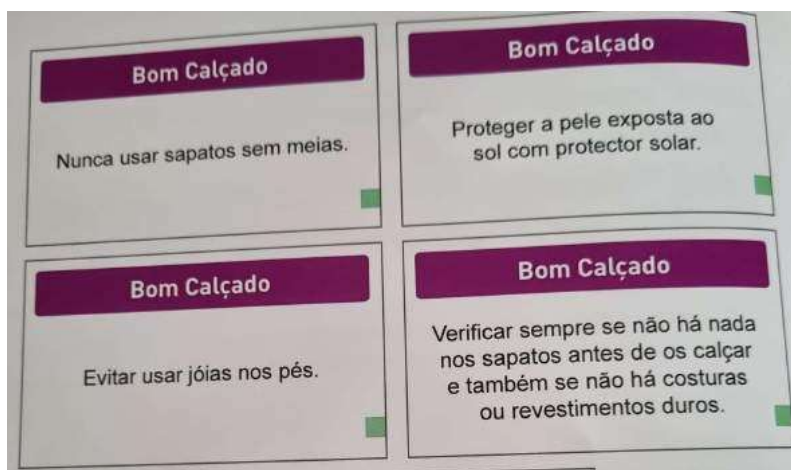
-Ensinar sobre a importância dos cuidados com os pés para pessoas portadoras de DM2: limpar; secar; hidratar; cortar as unhas

-Dar cartões referentes aos cuidados com os pés. Análise.



Secção inferior central MCD® (4):

- Analisar a imagem da sapataria.
- Ensinar sobre calçado.
- Distribuir cartões relativos ao “bom calçado” e proteção dos pés. Análise.

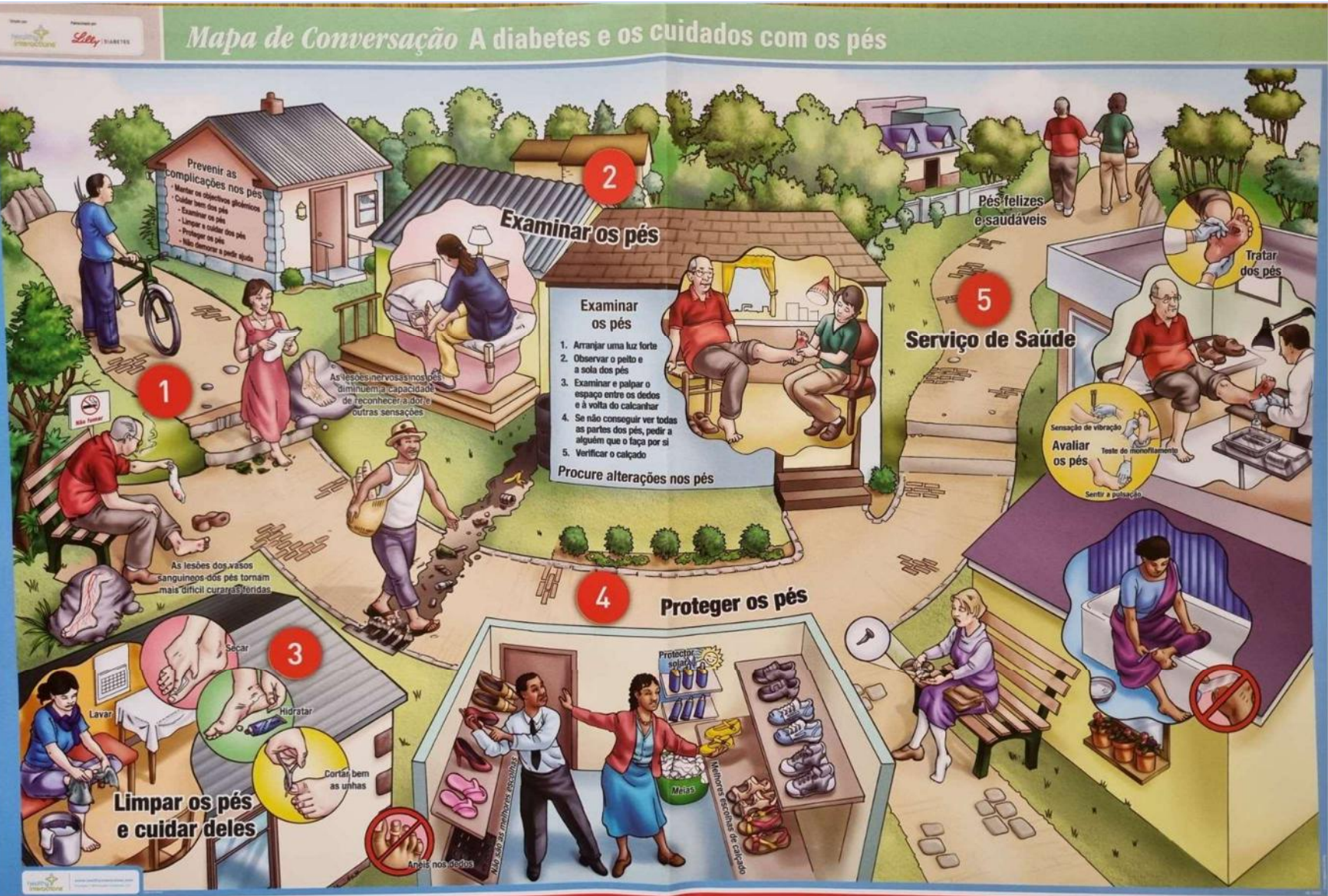


Secção superior direita do MCD® (5):

- Ensinar sobre procura dos serviços de saúde.
- Ensinar sobre o exame de avaliação do risco de úlcera diabética.

-Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé:

Baixo Risco – ausência de sinais de neuropatia, isquemia, úlcera ou antecedentes de amputação anterior. Deve manter-se em vigilância anual.



A Diabetes e os Cuidados com os Pés Diabetes Mapas de Conversação Revisão da Sessão

Avaliação de resultados das intervenções	Final 5ª consulta – 15.05.2023: -Compreende importância da autovigilância dos pés -Refere cuidados a ter com os pés -Refere como proteger os pés e as características do “bom calçado” -Refere como fazer o auto-exame dos pés e com que periodicidade -Refere quando deve recorrer aos serviços de saúde -Refere a importância de realizar a avaliação de risco de úlcera diabética 6ª consulta – 05.06.2023: -Realiza autovigilância dos pés
Diagnóstico	Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado (final consulta 15.05.2023) Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada (05.06.2023) Autovigilância Demonstrada (05.06.2023)

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresen

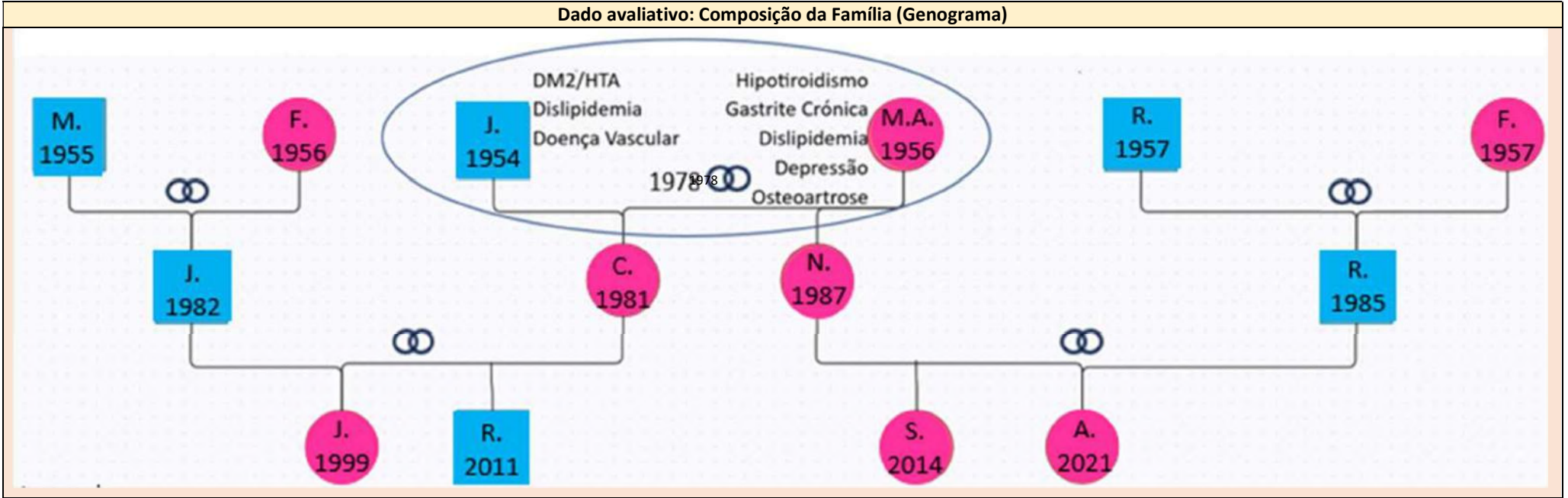
Plano de Cuidados da Sr.^a M.A.

Foco	Risco de Diabetes (03.03.2023)	
Critérios diagnósticos	O Risco de vir a desenvolver Diabetes tipo 2 dentro de 10 anos é: -Baixo – se pontuação escala <7 pontos -Ligeiro - se pontuação escala 7-11 pontos -Moderado – se pontuação escala 12-14 pontos - Alto - se pontuação escala 15-20 pontos - Muito Alto - se pontuação escala > ou igual a 20 pontos	
Atividade diagnóstica	Avaliar o Risco da Sr. ^a M. A. vir a Desenvolver Diabetes tipo 2	Resultados: Idade – 4 pontos IMC – 24, 90 kg/m ² – 0 ponto Perímetro Abdominal – 90 cm – 4 pontos Pratica de Exercício – Não - 2 pontos Consumo de vegetais e fruta – diário – 0 pontos Medicação para HTA – não – 0 pontos Alguma vez teve o nível de glicose alto – não – 0 pontos Familiares com DM2 – não – 0 pontos = 10 pontos
Diagnóstico	Risco Ligeiro (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2	
Resultados Desejados	Que o Risco de DM2 passe a ser BAIXO	
Intervenções Sugeridas	Incentivar comportamento de adesão (03.03.2023) Encorajar tomada de decisão (03.03.2023) Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física (03.03.2023) Ensinar sobre padrão de exercício (03.03.2023) Ensinar sobre padrão alimentar (03.03.2023) Ensinar sobre comportamento de adesão (03.03.2023) Incentivar hábitos alimentares saudáveis (03.03.2023) Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz (03.03.2023)	
Avaliação do Resultado das Intervenções	Avaliar o Risco de Diabetes Tipo 2	
Diagnóstico	Risco Ligeiro (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2 (09.06.2023) (4+0+4+0+0+0+0+0 = 8 pontos). Diminuição da pontuação por início de atividade física. (05/06/2023)	

ANEXO IX - Planos de Cuidados da Família 3

1º contacto – 08/02/2023 Sr. J + Sr.ª M + neta A. na USF (duração: 2h00) <u>Objetivos:</u> -Apresentar o Projeto. Obter consentimentos verbais dos participantes. -Avaliar a família segundo a dimensão estrutural do MDAIF -Realizar Genograma e Ecomapa da Família -Preencher Graffar Adaptado -Identificar forças e recursos na família -Avaliar necessidade em cuidados dos membros da família - Realizar atividade diagnóstica no âmbito da Satisfação Conjugal -Avaliar e intervir na Aceitação do Estado de Saúde do Sr. J.: uso de MCD® “Viver numa Família com Dm2”	2º contacto – 20/02/2023 Sr. J + Sr.ª M + neta A. na USF (duração: 1h45 horas) <u>Objetivos:</u> -Intervir ao nível da Relação Dinâmica Disfuncional: - Planejar rituais familiares -Motivar para atividades em conjunto - Co-construir uma agenda para seguirem nos próximos trinta dias com atividades para fazerem em conjunto -Avaliar o Papel Parental -Intervir ao nível da Aceitação do Estado de Saúde do Sr. J. através da análise do genograma da sua família de origem	3º contacto – 15/03/2023 Sr. J + Sr.ª M + neta A na USF (duração: 2h00) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback sobre a realização das atividades constantes na agenda co construída. Reajustes. -Preencher EAD com Sr. M. -Avaliar Risco de DM2 da Sr.ª M.A. -Intervir ao nível do diagnóstico Conhecimento DM2 não demonstrado através do uso de MCD® Como Funciona a Diabetes”
4º contacto – 02/05/2023 Sr. J + Sr.ª M na USF (duração: 2h20) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback sobre o tempo que têm passado juntos e realização de atividades. -Intervir ao nível da Interação de Papeis: -Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Colaborar na identificação dos papéis familiares - Avaliar as dimensões não consensuais do papel - Avaliar saturação do papel - Motivar/ Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família -Usar Desenho do Casal -Realizar Atividade “Roda da Vida” -Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime Dietético não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física+ Rituais Familiares -Realizar Entrevista Motivacional ao Sr. J.	5º contacto – 25/05/2023 Sr. J + Sr.ª M na USF (duração: 2h00) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções ao nível Interação de Papéis e <i>Coping</i>. Reajustes. -Avaliar e intervir no <i>coping</i> familiar não eficaz: -Preencher Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, APGAR Familiar e FACES - Promover estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família - Negociar estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família - Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime de Exercício não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física (continuação)	6º contacto – 09/06/2023 Sr. J + Sr.ª M na USF (duração: 1h15) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções implementadas. -Avaliar e intervir ao nível da Autovigilância dos Pés não demonstrada através do MCD® “Diabetes e os Cuidados com os pés” -Obter feedback do casal quanto ao projeto

A - DIMENSÃO ESTRUTURAL



Família constituída pelo Sr. J. e pela Sr.^a M., independentes. Foram emigrantes em França durante 10 anos.

Sr. J.	Sr. ^a M.
DM2+HTA+Dislipidemia+ Abuso Tabaco+ Doença valvular (estenose aórtica ligeira). Harmatoma pulmão direito (seguido Pneumonologia). Diagnóstico de DM2 em Agosto de 2022. HTA desde 2016. PNV atualizado até 02/2025. HbA1C- 5,9 mg/dl 142/ 64mmHg 79kg PA- 111cm; IMC – 30,1 cm – Obesidade (grau I)	hipotireoidismo, gastrite crónica, bócio, osteoartrose, osteopenia, depressão, dislipidemia. PNV atualizado até 11/2030. 110/55mmHg; 62Kg; PA -87cm ; 1,58 m altura; IMC – 24,84 Risco Ligeiro de vir a Desenvolver DM2 (4 pontos pela idade+ 1 ponto pelo IMC+ 3 pontos IMC+ Não faz exercício 2 pontos) – 10 pontos (calcula-se que 1 em 25 pessoas desenvolverá a doença)

Tipo de Família: Nuclear

Etapa ciclo vital: Família com Filhos Adultos

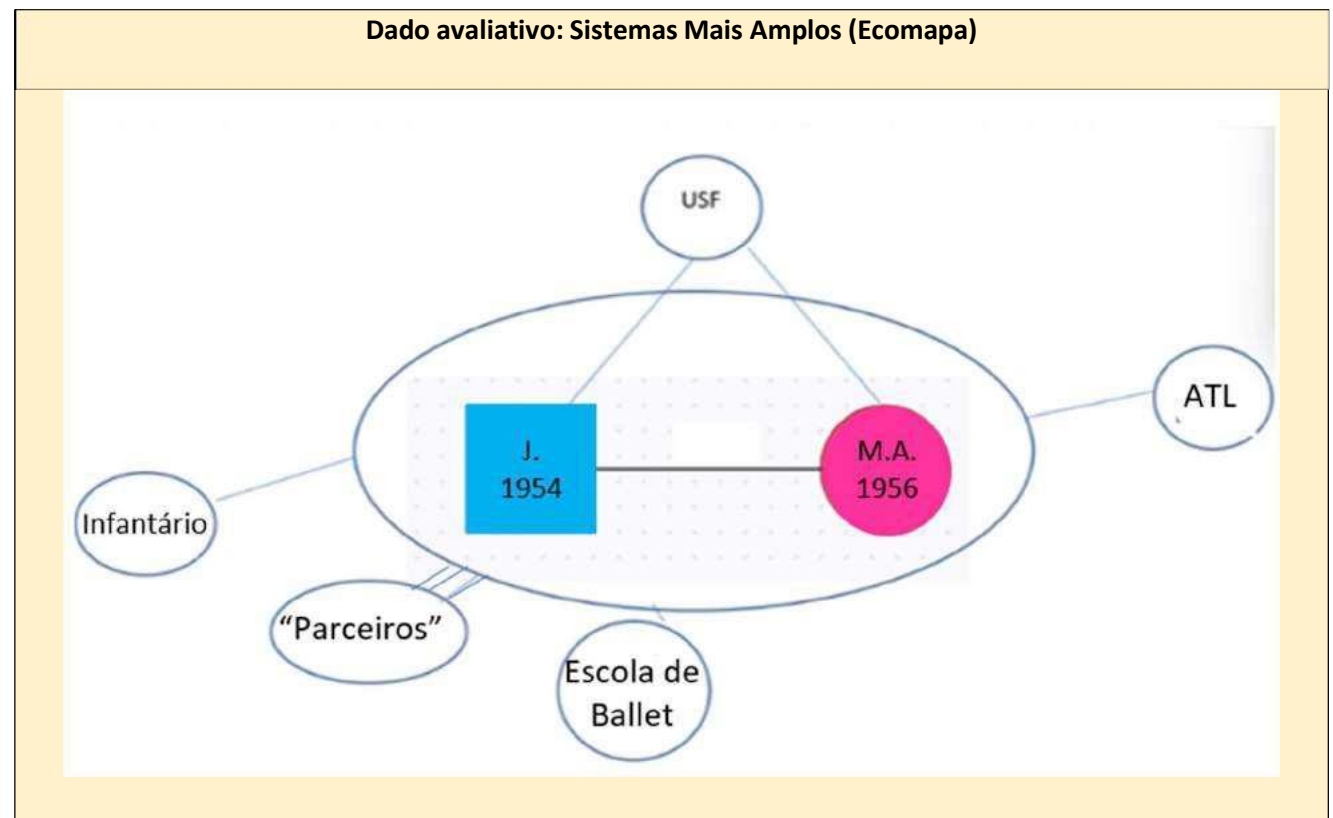
Contacto com família extensa (tipo, intensidade, função): contacto presencial com filhas, genros e netos diariamente.

Com “parceiros” (nome que atribuem aos pais dos genros) presencialmente uma vez por mês, pelo menos e telefonicamente pelo menos uma vez por semana.

Ambos função é reguladora social e apoio emocional.

Criaram a neta J. como filha. Referem-se aos genros como “filhos” que não tiveram.

Sistemas mais amplos: Consultas Externas no Hospital; USF; instituições de ensino das netas e de atividades extra-curriculares.



Dado avaliativo: Classe social

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Data de registo: 06-02-2023 Tipo de alojamento: Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição Moradia Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento Salubridade da zona residencial: Desconhecida Insalubre Salubre	Regime de ocupação: Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria Tipologia: Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Estado geral de conservação: Bom Desconhecido Mau Razoável Conforto: Bom Desconhecido Mau Razoável Mobiliário e equipamento básico: Desconhecido Insuficiente Suficiente	Casa de banho: Desconhecida Fora do alojamento Inexistente No alojamento Aquecimento: Central Desconhecido Local Nenhum	Higiene: Boa Desconhecida Má Razoável Electricidade: Desconhecido Não Sim Barreiras arquitectónicas: Desconhecido Não Sim	Água: Desconhecido Não Sim Origem: Desconhecida Particular Rede pública Distribuição: Desconhecido Fontenário a - de 100m de casa Fontenário a + de 100m de casa Fora do alojamento No alojamento No interior: No exterior:

Habitação Graffar C.Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

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

Classe Social

MÉDIA

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) grau 4 - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Ambos reformados. Reformados: Sr. J. eletricista: Sr.ª M. – encarregada de refeitório.
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação :3 - Conhecimento <u>Demonstrado</u> sobre riscos de edifício - Higiene da Habitação Presente - Conhecimento Demonstrado sobre governo da casa
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Edifício residencial Seguro

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	- Existência de Barreiras arquitetónicas - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas - Existência Aquecimento: aquecedor e conhecimento sobre utilização de equipamento. - Existência de <u>Abastecimento de gás (canalizado)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás.
Critérios diagnósticos	<u>Prevenção de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Prevenção de Segurança Demonstrada

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência <u>Abastecimento de água</u> rede pública, canalizada -Conhecimento Demonstrado sobre o controle da qualidade -Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Abastecimento de Água Adequado

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	Ausência de <u>Animal doméstico</u>
Critérios diagnósticos	Animal doméstico negligenciado , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Não se adequa

D- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

*Nota: fazendo parte da dimensão desenvolvimento o **planeamento familiar** e a **adaptação à gravidez** não são avaliados porque não se aplica à etapa desenvolvimental em que esta família se encontra.

Foco		B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão		B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	B.1.1.1- Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
		Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: -- Qual é a vossa situação laboral? — Como dividem/partilham as tarefas domésticas? — Que percentagem de tarefas domésticas costuma fazer? — Sentem-se satisfeitos com a forma como partilham/dividem as tarefas domésticas? De 1 a 10, quanto? — Já conversaram sobre a divisão de tarefas domésticas entre vocês? — A que conclusões chegaram?	Resultados (1ª consulta - 08.02.2023) -Ambos estão reformados. Partilham tarefas “50/50”. Redefiniram tarefas aquando das reformas. -Sr. J: Satisfação com a partilha das tarefas domésticas – 9. -Sr.ª M: -Sr. J: Satisfação com a partilha das tarefas domésticas – 9.
Atividade Diagnóstica do item	<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
		Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares, de Escala e Circulares: — Que tempo reservam para estarem juntos e a sós? — Que tempo de qualidade estiveram juntos, a dois, na última semana? — Está satisfeito(a) com o tempo que passam juntos? De 1 a 10? — O que acham da pontuação um do outro? — Como qualificaria o tempo que passam juntos? — Que importância tem o tempo que passam juntos? — Na sua opinião, o tempo que passam juntos deveria aumentar ou diminuir? — Expressou a sua opinião sobre o tempo que passam juntos ao parceiro? — Que atividades recreativas gosta de partilhar com o seu parceiro? — Têm interesse em passatempos comuns? — Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos? — Que atividades gosta de realizar sozinho(a)? (perguntar individualmente) — Está satisfeito com o tempo para as atividades individuais? — Na sua opinião, esse tempo deveria aumentar ou diminuir? — Que opinião têm sobre os interesses/passatempos do vosso parceiro? — Que tarefas/atividades considera que vos retira tempo para estarem juntos? — É possível alterar o tempo que gasta nelas? — Como poderia fazer para contornar isso?	Resultados (1ª consulta - 08.02.2023) O Sr. J. refere que passam muito tempo juntos, mas nunca a sós. Assumem responsabilidades relativas aos três netos mais novos, dedicando muito tempo a tarefas como ir buscar/ à creche/escola/atividades extracurriculares. Todos os dias almoçam com uma das netas e todos os dias a partir das 15h ficam com a neta de dois anos. O que faz com que não tenham tempo de qualidade a sós. Costumam fazer jantares em família, com as filhas, genros e netos e até com os pais dos genros, com os quais se dão muito bem. No entanto não costumam ter tempo de qualidade em casal, sozinhos. Referem que “ <i>não nos sobra tempo para outras coisas, nem para nós.</i> ” Satisfação:3 A Sr.ª M. diz que é uma obrigação deles tomar conta dos netos e que acha que os tempos que dedicam às diferentes áreas da vida estão equilibrados. Satisfação: 6

	— O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Costuma conversar com o seu parceiro sobre os seus sentimentos? — Como reage quando o seu parceiro expressa o que sente? — Está satisfeito(a) com a forma como expressam o que sentem um ao outro? De 1 a 10 quão satisfeitos está? — Sente que o seu/sua parceiro(a) compreende os seus sentimentos? — Sente que o seu/sua parceiro(a) expressa os seus sentimentos de forma adequada? — De que forma costuma mostrar ao seu/sua parceiro(a) o que sente? — Costumam guardar para si o que sente em determinado momento? — Costuma chamar a atenção do parceiro para comportamentos que considerara desadequados? Como o faz? — Como reage o seu parceiro quando expressa comportamentos dele que não gostou? — E como reage quando o seu parceiro faz o mesmo acerca dos seus comportamentos? — Sente que o seu parceiro o(a) aceita totalmente, incluindo defeitos e virtudes? — Com quem realmente contam para se sentirem mais relaxados, quando estão tensos ou sob pressão? — Sentem que podem realmente contar com o parceiro quando precisam de ajuda?	Resultados (1ª consulta - 08.02.2023) Satisfação de ambos os membros do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos, ambos pontuaram no nível 8. Conversam todos os dias um com o outro antes de dormirem, assumindo-se como “confidentes e melhores amigos um do outro” (Sr.ª M. e Sr. J. concordou).
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida por: • Relação dinâmica disfuncional	
Subdiagnóstico	(1ª consulta - 08.02.2023) Relação dinâmica Disfuncional (Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos)	
Resultados Desejados	Satisfação do casal com o tempo que estão juntos.	
Intervenções Sugeridas	Planear rituais familiares (2º consulta – 20.02.2023)	
	Motivar para atividades em conjunto (2º consulta – 20.02.2023)	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u> Referiram nas atividades diagnóstico que o pouco tempo que passam juntos é porque marcam na agenda e com tudo tem que ser assim, dada a quantidade de atividades que têm. Desse modo, surgiu esta atividade de co-construir uma agenda para seguirem nos próximos trinta dias com atividades para fazerem juntos (Reis et al, 2021). Peço sugestões e entre os três chegou-se ao planeamento que a seguir se expõe.		

Fundamentação:

Rituais familiares são prescritos a todos os elementos da família, de forma persistente continuidade de determinados comportamentos, em determinados tempos e momentos. Têm como finalidade modificar uma sequência de condutas disfuncionais, na medida em que a sua intensificação conduz a família a uma reação, contribuindo para mudar as regras do jogo sem recorrer nem a explicações nem a críticas (Gouveia-Pereira & Miranda, 2022).

DIAS	Atividades	Realizada	Não Realizada	Observações
1	Escolham um filme para ver juntos			
2	Relembrem histórias engraçadas vossas			
3	Mandem uma mensagem com um elogio ao outro			
4	Recriem o primeiro encontro			
5	Deem um abraço de no mínimo de 10 segundos			
6	Façam uma lista de três coisas que amam no outro			
7	Gravem uma seleção de músicas como vossa trilha sonora			
8	Preparem um jantar romântico juntos			
9	Façam massagem um ao outro			
10	Pergunte: O que posso fazer para te sentires amado hoje?” e faça			
11	Compartilhem pontos fortes da vossa relação			
12	Façam caça ao tesouro com prémio à escolha de quem ganha			
13	Relembrem o dia do vosso casamento			
14	Façam uma ceia/piquenique na cama, antes dormir			
15	Sr. J faz uma surpresa à Sr.ª M			
16	Façam uma caminhada juntos à beira-mar			
17	Vejam álbuns de fotos antigos e revivam bons momentos			
18	Ouçam a vossa trilha sonora. Dancem!			
19	Tirem um dia só para vocês os dois, juntos			
20	Façam um piquenique no exterior			
21	Sr.ª M faz uma surpresa ao Sr. J.			
22	Tomem pequeno-almoço na cama juntos			
23	Escolham e comecem a ler um mesmo livro			
24	Comprem álbum de fotos e comecem a tirar fotos para imprimir			
25	Vistam-se a rigor e vão ter um encontro um com o outro			
26	Sentem-se frente a frente de mãos dadas, falem sobre esta experiência			
27	Fiquem 5 minutos acordados depois do despertador tocar e digam ao outro o quanto é importante para vocês			
28	Joguem um jogo que gostem juntos			
29	Repitam um dos dias que mais tenham gostado			
30	Proponham uma atividade que possam fazer como ritual vosso			

Avaliação de resultados das intervenções: (Através de questões lineares e de escala (ver atividades diagnósticas))	Resultados: 3ª consulta (15.03.2023): Realizaram a maior parte das atividades sugeridas. Escolheram dois rituais: “O que posso fazer para te sentires amado hoje?” e Tirar um dia só para os dois, em casal. Foi definido pelo casal como periodicidade do primeiro ritual diário e do segundo, pelo menos uma vez por semana. As atividades sugeridas tentarão manter algumas no dia-a-dia.
	4ª consulta (02.5.2023): Definiram que iriam reunir com filhas e genros e comunicar a sobrecarga que estão a sentir informar que assumirão menos responsabilidades com os netos assim como “o dia de folga para eles em casal”.
	5ª consulta (25.05.2023): Implementaram “o dia de folga para eles enquanto casal.”
	6ª consulta (09.06.2023): Reuniram com as filhas e têm introduzido pequenas mudanças na rotina por forma a passarem mais tempo de qualidade juntos. Mantêm os rituais escolhidos
Diagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional (09.06.2023)

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Têm facilidade em expressar um ao outro as vossas expectativas e receios? — Com quem costumam partilhar os vossos sucessos e fracassos? — Sente que as suas expectativas/receios são semelhantes às do seu/sua parceiro(a)? — Na última semana, quantas vezes confidenciaram um ao outro os vossos problemas? — Costuma ouvir com atenção as preocupações do seu/sua parceiro(a)? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro é compreensivo? — Na sua opinião, é compreensivo(a) com o seu/sua parceiro(a)? — Como poderia melhorar a sua disponibilidade no sentido de uma melhor compreensão? — Que importância atribui aos aspetos da comunicação, empatia e compreensão entre um casal?	Resultados (2ª consulta - 20.02.2023): O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um. Sr.ª M - “<i>Sempre fomos muito amigos um do outro nestes 45 anos</i>”. Sr. J. - “<i>Partilhamos alegrias e tristezas, sucessos e fracassos. Foi o que prometemos um ao outro.</i>”
	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares e de Escala: — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto leva em consideração a opinião do seu/sua parceiro(a)? E quanto considera que deveria ser?	Resultados (2ª consulta - 20.02.2023): O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião.

	— Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto o seu/sua parceiro(a) leva em consideração a sua opinião? E quanto considera que deveria ser? — Descreva um episódio de discordância de opiniões entre vocês e como geriu a situação. — Costumam ter opiniões semelhantes sobre alguns assuntos? — A discordância de opiniões, usualmente, é sobre que temas? — Consegue expressar a sua opinião livremente, sem medo de represálias do(a) parceiro(a)? — Na sua opinião, há um padrão de concordância/discordância sistemática entre vocês? — Costuma fingir ter a mesma opinião do seu parceiro(a), para evitar discussões? — Numa semana, quantas vezes estão em discordância de opiniões? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro(a) expressa opiniões contrárias às suas propositadamente? — Quando é necessário tomar uma decisão, pedem a opinião um do outro? — Quando as divergências surgem costumam fazer cedências? — Tentamos sempre solucionar os problemas em conjunto. Concorda?	Referem levar em consideração a opinião um do outro a 100%. Discordam muito pontualmente, em questões pequenas. Sr.^a M. – “<i>Temos os mesmos valores, somos parecidos, gostamos das mesmas coisas.</i>” Sr. J. – “<i>É muito raro discutirmos. Conversamos todos os dias ajuda a que não fique nada por resolver. Havendo respeito tudo pode ser dito</i>”
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Costumam ter momentos de diálogo enquanto casal? — Está satisfeito(a) com a forma como comunicam enquanto casal? De 1 a 10? — Como qualifica a comunicação entre vocês? Como gostaria que fosse? — Na sua opinião, comunicam entre vocês, de forma eficaz? — Como poderia melhorar a forma como comunica? — Sobre que tipo de assuntos costumam conversar enquanto casal? Sobre que assuntos evita conversar? Que assuntos gostaria de abordar com o seu parceiro? — Quando conversam estão a sós? — Quando acontece algo muito bom/mau, a quem conta primeiro? — Costumam telefonar/enviar mensagens um ao outro ao longo do dia? — Considera que têm a capacidade de comunicar e compreender o outro, sem falar? — Na sua opinião, a comunicação entre os dois é importante? — Na sua opinião, costumam discutir? Em média, numa semana, quantas vezes discutem? — Costumam elogiar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) elogia? — Costumam criticar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) critica? — Costumam conversar sobre a relação? — Que estratégias usa para fazer as pazes após uma discussão? — O meu parceiro, por vezes tem um comportamento inadequado comigo. Concorda? — Quando combinam algo entre vocês ambos seguem o acordado? — Costuma ser verbalmente agressivo(a) com o outro? E fisicamente? — “O meu parceiro é mandão”. Concorda?	Resultados (2ª consulta - 20.02.2023): Satisfação com o padrão de comunicação do casal Sr.^a M. – Satisfeita nível 9 em 10. “<i>Temos muitos momentos de diálogo. Considero que temos uma excelente comunicação enquanto casal. Nenhum de nos é mandão ou agressivo física ou verbalmente, somos carinhosos um com o outro.</i>” Sr. J. - Satisfeito nível 9 em 10. “<i>Ainda nos elogiamos um ao outro e ainda mandamos mensagens durante o dia. Somos os dois faladores e rimos muito juntos!</i>”

	— Quem costuma iniciar uma conversa a dois? Quem costuma por um ponto final nas conversas? — Quem é mais falador? — Considera o seu/sua parceiro(a) como confidente? — Que importância atribui à capacidade de serem confidentes na vida?	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Eficaz (2ª consulta - 21.03.2023)	

Foco			B.1- Satisfação conjugal
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual		As dimensões Interação Sexual e Função Sexual não foram avaliadas. Neste casal a prioridade estabelecida foi a relação dinâmica do casal, pelo que se optou por não abordar assuntos relacionados com a sexualidade do casal, uma vez que também a relação terapêutica ainda é recente.
	B.1.3- Função Sexual		Quando abordadas as complicações da Diabetes foi nomeada a Disfunção Sexual e quando questionado o Sr. J. não mencionou sofrer deste tipo de complicação. Quando abordada esta questão o casal não quis desenvolver o assunto, não direcionando o diálogo neste sentido. Estas dimensões deverão ser avaliadas futuramente pela enfermeira de família, após as questões de comunicação estarem resolvidas e a Comunicação do casal passar a ser Eficaz.

Foco			B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão			B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item			B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
			Atividade diagnóstica (Questões Lineares e de Escala):	Resultados (2ª consulta - 21.03.2023):
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>				
			-Está satisfeito com a sua relação com as vossas filhas? (atentar na resposta dos dois)	
			-Exerce o papel de mãe de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas das vossas filhas?	
			-Exerce o papel de pai (depende do termo que utilizarem) de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas das vossas filhas?	
			-Considera ter uma relação com as vossas filhas de adulto para adulto? (avaliar o respeito pela individualidade)	
Dimensão			B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item			B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
			Atividade diagnóstica (Questões Lineares e de Escala):	Resultados (2ª consulta - 21.03.2023):
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto				
			-Como encaram o facto das vossas filhas serem adultas, mães de família?	
			-Como era a vossa relação antes de ele sair de casa? E agora?	
			-Com estas alterações de vida têm conseguido redefinir a vossa relação com as vossas filhas, de adulto-adulto?	

	-Qual acham que é a opinião das vossas filhas sobre a vossa relação com ele, enquanto pais? Qual o motivo? -Atualmente costumam interferir na vida das vossas?	suas próprias famílias e consideram-se <i>“uma grande família feliz”</i> .
Atividade Diagnóstica do item <u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos Atividade diagnóstica (Questões Lineares e de Escala): - Como encaram o facto das vossas filhas construírem as suas próprias famílias? - Com que idade construíram a vossa família? - Qual a vossa relação com os vossos genros? Qual a vossa opinião sobre eles? - Como é a vossa relação com os vossos netos? Qual a vossa opinião sobre eles?	Resultados (2ª consulta - 21.03.2023): Inclusão na família dos genros, que <i>“são como filhos”</i> (Sr. J). <i>“Amamos muito os nossos netos, são tudo para nós!”</i> (Sr.ª M.).
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contacto mantido</u>	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido Atividade diagnóstica (Questões Lineares e de Escala): -Que tipo de contato têm com as vossas filhas? -Estão satisfeitos com esse padrão?	Resultados (2ª consulta - 21.03.2023): Satisfação com o contacto mantido: presencial com filhas, genros e netos diariamente.
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a) Atividade diagnóstica (Questões Lineares e de Escala): -Como era a vossa relação com as vossas filhas anteriormente? -O que mudou? -Estão satisfeitos com o tipo de relação que têm atualmente? E com os vossos genros? -Acham que as vossas filhas estão satisfeitas com o tipo de relação que têm convosco?	Resultados (2ª consulta - 21.03.2023): Satisfação com a relação mantida com o filho e nora. Acham que as filhas e os genros também estão satisfeitos com o contacto que têm com eles.
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Existência de consenso do papel	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.4 – Conflito do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de conflitos de papel	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel SIM	
Dimensão	B.7.5 – Saturação do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de saturação do papel	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel NÃO	
Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)	
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim	
DiagnÓstico:	• Papel parental adequado (2ª consulta 21.03.2023)	

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente

SIM

NÃO X

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe 53 (morte cunhado) + 13 (Férias) + 12 (Natal) = 78 (menor probabilidade de incidência doenças)

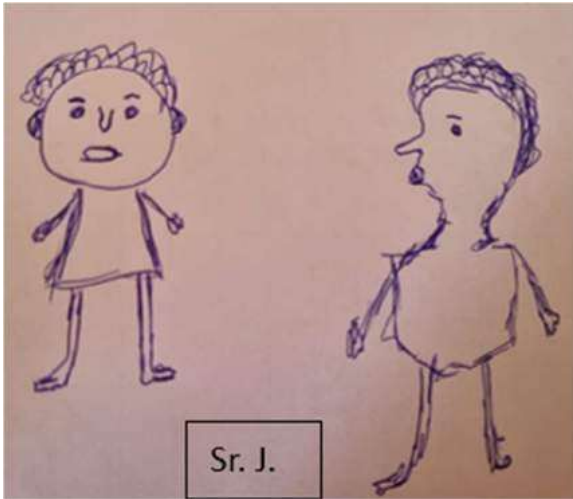
Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: • Comunicação Não Eficaz e/ou • <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional
Diagnóstico:	• Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz por Interação de Papéis Não Eficaz • Processo Familiar Disfuncional por <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz

Foco	C.2- Processo Familiar
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar Sendo que a família corresponde a um casal, as questões de comunicação já foram abordadas na dimensão comunicação de casal, anteriormente.

Dimensão	C.2.2- <i>Coping</i> Familiar
	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz

Atividade Diagnóstica do item <u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica 7. Quem na família expressa mais os sentimentos? 8. Quem tem iniciativa para os resolver? 9. Existe discussão sobre os problemas na família 10. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas 11. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas 12. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	Resultados 7. Sr.ª M.M. 8. Ambos 9. Sim 10. Sim 11. Não 12. Sim Neste momento o problema na família tem a ver com o tempo que o casal dedica a atividades relativas aos netos e a não discussão de estratégias com os filhos. O Sr. J. refere que gostaria de conversar com as filhas e genros sobre este assunto, já a Sr.ª M. discorda.
Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver ou os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Não Eficaz (25.05.2023)	

Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel provedor</u>	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (4ª consulta – 02.05.2023): Sr. J. e Sr.ª M.M. Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel gestão financeira</u>	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (4ª consulta – 02.05.2023): Sr. M. Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Cuidado Doméstico</u>	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (4ª consulta – 02.05.2023): Sr.ª M.M. Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha?	Resultados (4ª consulta – 02.05.2023): Sr.ª M.M.

<u>Papel Recreativo</u>	Consenso? Conflito? Saturação?	Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (4ª consulta – 02.05.2023): Sr.ª M.M. Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação – SIM – Ambos “Andamos numa roda-viva por causa dos nossos netos!” (Sr. J.)
Atividade de Diagnóstico:	Desenho da Família:  Sr. J.  Sr.ª M. Para se compreender a forma como o indivíduo vivência as suas relações interpessoais, sobretudo no ambiente familiar. É mais importante ver como ele representa a família do que como de fato ela é. Assim, a representação gráfica do casal transpõe as barreiras do dizível pela comunicação oral em consulta, funcionando como um instrumento de intervenção nos membros do casal (Corman, 1967 como citado em Lima, 2010). É um instrumento de aplicação individual, relativamente rápida que propõe analisar o par gráfico e verbal, de acordo com vários aspetos descritivos (composição, natureza vínculo, nível realidade, contexto) e dinâmicos (interação de papéis, comunicação do casal), uma que os membros do casal também contam a história sobre o desenho, o que lhe confere dinamismo (Bell, 1964 como citado em Lima, 2010). A ação criativa a partir do desenho pode trazer uma ampliação no modo de conversar sobre os problemas (Epston, Freeman e Lobovits, 2001), uma vez que o desenho convida o casal a desalojar-se do lugar, de certo modo, seguro, a que está habituado e introduz, na sua própria realização, a novidade (como citado em Biagi-Borges & Rasesa, 2017). O recurso à imaginação, ao simbolismo e a metáforas enriquece e incrementa o processo, o desenho facilita a comunicação, o ensaio de relações e reorganização dos objetos internos, a expressão	

emocional significativa, o aprofundar do conhecimento interno, libertando a capacidade de pensar e a criatividade (Ruy de Carvalho, 2001 como citado em Capinha 2017). A criação artística partilhada propicia um canal para a comunicação e interação, no qual a criação e expressão artística facilitam o aflorar da linguagem não-verbal, de questões, motivações e necessidades profundas, propiciando a compreensão das dinâmicas e significações pessoais implícitas e da unidade do casal, propiciando a aprendizagem vivencial de modos mais assertivos de relacionamento intra-familiar (Capinha, 2017).

Análise do Desenho em conjunto, através do questionamento circular:

A exploração dos significados das representações gráficas é feita em seguida, através do questionamento circular, tendo em conta três níveis: gráfico, estruturas formais e conteúdo (Aires, 2003 e Corman, 2003 como citado em Lima, 2010), tendo em conta os seguintes aspetos:

- Observar o local da página onde o desenho foi iniciado
- Quem é a primeira personagem a ser desenhada?
- A ordem de representação dos outros elementos
- Qual o tempo dedicado ao desenho de cada um deles?
- A direção ou sentido que é tomado, as paragens momentâneas que possam ocorrer
- Linguagem verbal e não-verbal

Questões circulares:

- Foram colocadas questões quanto às representações gráficas de ambos e dos cônjuges, exemplos:
- Sr.^a M. quer explicar o seu desenho?
- Porque iniciou o desenho por si, centralmente?
- Porque incluiu no desenho as suas filhas?
- Desenhou as filhas em idade mais jovem do que a atual, reportando-se ao passado. Pode explicar?
- Pode explicar a frase que incluiu no desenho?
- O que acha do desenho do marido?

- Sr. J., porque acha que a esposa vos desenhou aos quatro? Que significado teve o desenho dela para si?
- Sr. J. e o seu desenho? O que quis representar?
- A esposa olha em frente e o Sr. J. olha para a esposa. Pode explicar?
- Estão a uma distância significativa um do outro, como podem encurta-la?

-É pedido sempre o feedback do outro cônjuge relativamente ao que o primeiro expressa, a cada pergunta.

O Sr. J. representa a sua família apenas como casal, estando a olhar para a esposa e acrescenta “vou olhar por ela até morrer”. Desenha ambos os bonecos em idade jovem e recorda que se conheceram quando ele tinha 18 anos e ela 16. Começa o desenho por ela, mostrando a relevância que lhe confere. Opta por não desenhar as filhas ou família alargada.

A Sr.^a M. desenha tanto a si como ao marido e as duas filhas, equidistantes. Revela que o seu conceito de família mantém-se inalterado e não é apenas o casal. Desenha as filhas em idade escolar e a si e ao seu marido mais jovens. Quase como se desenhasse os seus netos na atualidade. Simboliza o lema da família no desenho, por sua vontade, como sendo “Dar Amor e Receber”, sublinhando a importância de se “dar” nas relações que estabelece. Iniciou o

	desenho pela filha mais velha, em seguida a mais nova, o marido e por fim ela mesma, mostrando a importância que atribui aos outros familiares antes de a si mesma. Ao apresentar-se como uma surpresa, visto não estar planeado como possibilidade discursiva e, sobretudo, como produtor de sentido, o desenho adquiriu nesta família um caráter desconstrutivo e abriu a possibilidade a novos significados para as questões na interação conjugal, sendo que a linguagem metafórica do desenho se constitui menos ameaçadora, porém não menos importante (Biagi-Borges & Rasera, 2017). O desenho ampliou a forma de conversar sobre os problemas (Epston, Freeman e Lobovits, 2001), e convidou o casal a sair da zona de conforto a que está habituado e abriu caminho para a descoberta, para o novo (como citado em Biagi-Borges & Rasera, 2017) e para a utilização mais frutífera de outras técnicas. Deste modo utilizou-se o questionamento circular para desconstruir o que cada desenho representava, uma vez que questionar e mudar não são momentos separados, mas simultâneos, e o “questionamento gera mudanças” (Cooperrider & Whitney, 2005). Questionar e mudar não são momentos separados, mas simultâneos. Questionar é intervir e promove a mudança. (Cooperrider & Whitney, 2005).
Crítérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Não Eficaz por Saturação Papel de Parente (4ª consulta – 02.05.2023) Interação de Papéis Não Conflitual (4ª consulta – 02.05.2023)

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 Quem é o membro com maior poder na família? Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros?	Resultados (5ª consulta – 25.05.2023): Os dois membros. Sim.
Atividade Diagnóstica do item <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica - 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?	Resultados (5ª consulta – 25.05.2023): Não Sim
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 -FACES II	Resultados (5ª consulta – 25.05.2023): Sr. J: Coesão Familiar: Coesão Familiar: = 5+5+5+1+5+4+5+5+5+5+5+4+4+4+5+4= 71 Muito Ligada Adaptabilidade: = 5+4+5+5+4+3+4+3+4+4+4+3+5+1 = 54 –Flexível Tipo de Família: Equilibrada

		Sr.ª M.: Coesão Familiar: 5+5+5+1+5+4+5+5+5+5+5+4+4+4+5+4= 71 Muito Ligada Adaptabilidade: 5+4+5+5+4+3+4+3+4+4+4+3+5+1 = 54 –Flexível Tipo de Família: Equilibrada
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Funcionalidade da Família</u>	Atividade diagnóstica Funcionalidade da Família – APGAR Familiar de Smilkstein	Resultados (5ª consulta – 25.05.2023): Apgar Familiar de Smilkstein: Família Altamente Funcional (para ambos 2+2+2+2+2= 10)
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional (5ª consulta – 25.05.2023):	

Resultados Desejados	Redefinição de Papéis de modo a que cesse a Saturação de Papel
Intervenções	Promover a comunicação expressiva das emoções (4ª consulta – 02.05.2023)
	Promover o envolvimento da família (4ª consulta – 02.05.2023)
	Colaborar na identificação dos papéis familiares (4ª consulta – 02.05.2023)
	Avaliar as dimensões não consensuais do papel (4ª consulta – 02.05.2023)
	Avaliar saturação do papel (4ª consulta – 02.05.2023)
	Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família (4ª consulta – 02.05.2023)
	Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família (4ª consulta – 02.05.2023)
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel (5ª consulta – 25.05.2023)
	Promover estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família (5ª consulta – 25.05.2023)
	Negociar estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família (5ª consulta – 25.05.2023)
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
Utilização da técnica “Roda da Vida” É uma técnica de autoanálise das diversas áreas que compõem a sua vida, favorecendo uma toma de consciência sobre o momento vital no qual você se encontra e os aspetos que devem ser trabalhados e melhorados para alcançar uma satisfação maior e equilíbrio.	

Em primeiro lugar desenhei um círculo e dividi-lo em diferentes segmentos ou porções que representam as diferentes esferas vitais do casal. Não existindo um número estabelecido sobre o número de divisões que deve possuir, foi realizado um brainstorming com o casal para se perceber quais seriam as áreas que fariam mais sentido incluir nas diferentes secções. De seguida cada área ficou adstrita a uma secção do círculo.



Depois cada um dos elementos do casal ficou com um círculo (ambos iguais) e teve que pontuar para cada um dos aspetos traçados o tempo que dedica na sua vida, pintando. A pontuação varia entre o número 1 e 10, sendo 10 a pontuação máxima. Quanto mais baixa for a pontuação, mais se aproxima do centro e, quanto mais elevada, mais próxima da margem e do nome da área, ou diretamente no limite quando obtém a pontuação mais alta.

A seguinte fase implica a união dos pontos e a observação da forma que a roda da vida ganhou:

-A roda do Sr. J tem assinaladas com a pontuação máxima as áreas: “Relacionamento Familiar”, “Tarefas Domésticas”.

Todas as restantes áreas estão assinaladas com a pontuação 2.

- A Sr.ª M. pontuou com nota 10 também o “Relacionamento Familiar”, “Tarefas Domésticas”. A “Relação com amigos” e “Relacionamento Social” como 8, no entanto acabou por admitir que se referia ao contacto com os pais dos seus genros, que são família. Pontuou todas as restantes áreas com 2 pontos.

Com a observação de ambas as rodas e o questionamento circular, ficou clara a discrepância de tempo investido em cada área da vida, sendo que afinal o casal estava em concordância de opinião quanto à falta de tempo para tempo de qualidade em casal e até para fazerem atividades que gostavam e lhes dava prazer.

Em seguida foi identificada por ambos que a área que queriam dedicar mais tempo era a de “Relação de Casal” e a área que queriam investir menos tempo, ou pelo menos gerir de uma forma mais eficaz era o tempo dedicado a tarefas com os netos.

Fundamentação:

Esta ferramenta é muito útil e serve para:

- Obter uma percepção e perspetiva maiores em relação às esferas que fazem parte do dia-a-dia.
- Identificar a importância que um dos membros do casal outorga aos diferentes âmbitos vitais e de quais requerem mais trabalho
- Avaliar o nível de satisfação, tanto global como parcial
- Facilitar o processo de tomada de decisões no que diz respeito às diferentes esferas da vida do indivíduo/casal
- Estimular a ação, uma vez que clarifica quais as áreas em que o indivíduo foca mais as suas energias e que alterações seriam benéficas ocorrer
- Promover a motivação, uma vez que proporciona um foco e fomenta a definição e planificação de objetivos.
- Permitir a visualização dos progressos realizados ao longo do tempo, se for elaborada de forma regular. (Sachweh & Conceição, 2020)

Questões Circulares sobre as representações que fizeram: Como se sentiram? Como se vêm? Diferenças entre representações? O que sentiram com a representação do cônjuge? O que acham que o cônjuge que dizer com aquele tipo de representação?

Questionar e mudar não são momentos separados, mas simultâneos, e o “questionamento gera mudanças” (Cooperrider & Whitney, 2005). Questionar e mudar não são momentos separados, mas simultâneos. Questionar é intervir e promove a mudança. (Cooperrider & Whitney, 2005).

Elogio à Família (5ª consulta – 25.05.2023):

Ressaltar os pontos fortes, recursos e possibilidades são uma parte “extremamente importante do processo [terapêutico]” (Robinson, 1998, pág. 284 como citado em Wright & Leahey, 1999). São intervenções terapêuticas poderosas, eficazes e duradouras. As famílias que internalizam elogios oferecidos pelos enfermeiros parecem mais receptivas e confiantes na relação enfermeiro-família e tendem a aceitar mais facilmente ideias, opiniões e conselhos oferecidos. Ao elogiar os recursos, competências e pontos fortes das famílias, enfermeiros oferecem aos familiares uma nova visão de si mesmos. Ao mudar a visão que eles têm de si mesmos, as famílias são frequentemente capazes de olhar lidam com seu problema de saúde de maneira diferente e, assim, avançam em direção a soluções mais eficazes para reduzir o sofrimento potencial ou real (Wright & Leahey, 1999).

Questões de Coping (5ª consulta – 25.05.2023)

-Como ultrapassaram este tipo de questões no passado? Que estratégias utilizaram quando as vossas filhas eram pequenas e queriam ter tempo de qualidade juntos?

Uma importante técnica narrativa para famílias é o “*storytelling*”, entendido como o processo de engajamento da família ao relatar as experiências vividas uns aos outros. Esta forma de narrativa proporciona uma discussão familiar terapêutica, levando à construção de uma teoria compartilhada por todos os membros sobre os eventos vivenciados e à razão pelas quais estes aconteceram, permitindo que cada membro visualize a história de vida da família através da sua perspectiva e da de outros membros, inclusive no que se refere às emoções; o que resulta num entendimento compartilhado e integrado dos eventos (Kiser et al., 2010) e da história autobiográfica da família (como citado em Polleto, 2014).

Conto Sistêmico (5ª consulta – 25.05.2023)

“Agora, eu tenho um conto, que levará uns 4 minutos, que poderá ser útil, ou inteiramente irrelevante. É possível que alguma parte da história chame sua atenção, e proporcione uma visão diferente das coisas. Se estiverem abertos a esta ideia, eu posso compartilhar esse conto com vocês e ver o que vocês pensam a respeito (White, 1995 p.30. como citado em Novis, 2016).

“Era uma vez, num país longínquo, um casal de cangurus que tinha o sonho de fazer uma viagem de balão de ar quente pelo mundo, indo de país em país. Como tiveram filhos e era algo muito dispendioso, acabaram adiando o sonho para mais tarde, quando os filhos já fossem crescidos e já estivessem na calmaria da reforma, momento em que já teriam juntado dinheiro suficiente. Momento que acabou por chegar.

Certo dia, veio à aldeia a Feira Internacional de Balões de Ar Quente. Passando por lá o casal de cangurus, foram abordados por um promotor:

«Querem experimentar um passeio de balão de 15 minutos?». O casal respondeu prontamente que sim.

Tudo pronto. Emocionados, subiram para o balão.

Esperaram, esperaram.... mas o balão não subia.

Estranhando, o dono do balão questionou: «Trazem algo dentro dos marsúpios?»

Ao que a senhora canguru respondeu «Trago a minha neta mais pequena, anda sempre comigo, a mãe tem de trabalhar! Trago também o do meio pois precisa do marsúpio da avó para se acalmar!». Já o senhor canguru exclamou: «Eu trago aqui o mais velho! Ele é que já é grande e pesa mais um pouco!»

Perplexo o dono dos balões disse: «Meus senhores, para ingressar nesta viagem só podem ir os dois. O balão tem carga a mais. Devem esvaziar os vossos marsúpios.»

«Mas com quem ficam os nossos filhos com açúcar?» Questionou a Sr.ª canguru, visivelmente aflita.

«Vocês ficam com o açúcar no coração, esse não pesa, pode seguir. Os filhos vou levar aos pais. Há uma viagem que vos espera e os marsúpios dos vossos filhos estão a precisar de que os preencham.»

«Preparados?»

(Conto criado propositadamente para a intervenção na família em questão).

Fundamentação: O conto é o resultado da construção de uma história metafórica a partir do material trazido pela família e da ressonância do profissional, em contacto com a presença duma estrutura e vivência de um sistema familiar. O conto sistémico apresenta-se como um enigma que fala duma lógica de relação, transportada para um tempo e um espaço diferentes. Frases como “Era uma vez”, “num país longínquo” são frases que ajudam a diferenciar a família imaginária da história mantendo uma segurança pela distância e pelo tempo. O conto deve ficar incompleto, de forma a que os membros do agregado familiar consigam dar seguimento ao conto e dar-lhe uma conclusão pessoal (Peixoto, 1996).

Questões Reflexivas:

- Moral da história?
- Identificam-se com os personagens? E porque?
- Qual o final que dariam a história?
- E à vossa?

Avaliação de resultados das intervenções

4ª consulta (02.5.2023):

Definiram que iriam reunir com filhas e genros e comunicar a sobrecarga que estão a sentir informar que assumirão menos responsabilidades com os netos assim como “o dia de folga para eles em casal”.

5ª consulta – (25.05.2023) Ainda não “tiveram coragem de reunir com as filhas”

6ª consulta – 09.06.2023): Reuniram com as filhas e delinearam menos responsabilidades no cuidado com os netos

Diagnóstico

Interação de Papéis Eficaz (5ª consulta –25.05.2023)

Coping Eficaz (6ª consulta – 09.06.2023)

Processo Familiar não Disfuncional (6ª consulta – 09.06.2023)

ANEXO X - Planos de Cuidados Individuais da Família 3

Plano de Cuidados do Sr. M:

Foco	Aceitação do Estado de Saúde	
Critérios diagnósticos		
Atividade diagnóstica	Atividade diagnóstica Avaliar: -Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde -Abandono do conceito da condição de saúde anterior -Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição -Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde -Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde -Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde	Resultados (1ª consulta: 08.02.2023): S. M. diz que não é diabético e que nunca lhe disseram isso.
Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde Comprometida 08.02.2023	
Resultados Desejados	Aceitação do Estado de Saúde não Comprometida	
Intervenções Sugeridas	-Incentivar o envolvimento da família (08.02.2023)	
	-Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (08.02.2023)	
	-Encorajar aceitação do estado de saúde (08.02.2023)	
	-Ensinar sobre estratégias adaptativas (08.02.2023)	
	-Incentivar aceitação do estado de saúde (08.02.2023)	
	-Promover consciencialização (08.02.2023)	
	- Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (08.02.2023)	
	-Avaliar aceitação do estado de saúde (08.02.2023)	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	Utilização dos pontos 1 e 2 do Mapa de Conversação Diabetes (MCD) “Viver numa Família com Diabetes” : Peço ao Sr. J. que volte ao momento em que lhe foi feito o diagnóstico de DM2 e que me conte como foi: -Quando foi? -Quem lhe deu a informação? -Onde estava? -Quem estava com ele? -Que palavras utilizaram? -Como se sentiu? Que reação teve? -Que sentimentos já experimentou em relação à DM2? -Explorar sentimentos identificados. Escuta Ativa e Utilização da metáfora presentes no MCD: as nuvens/trovões como negação/tristeza/frustração e arco-íris como aceitação. Normalizar a experienciação de diferentes sentimentos em relação à DM2. Todos os sentimentos são frequentes, esperados e igualmente válidos. É importante saber reconhece-los e compreender em que medida podem afetar as escolhas na gestão do regime terapêutico da DM2	

Mapa de Conversação Viver numa família com diabetes

1 Clínica

2 Emergência

3 Diagnóstico

4 Impacto da diabetes nos irmãos

5 Partilhar a responsabilidade

6 Crescer com diabetes

7 Como? Porquê?

8 Compreensão

9 Campos de férias para jovens com Diabetes

10 Como lidar a correr os riscos com a diabetes do seu filho?

11 Sinais de hiperglicémia

12 Sinais de hipoglicémia

13 Sinais de hipoglicémia

14 Sinais de hipoglicémia

15 Sinais de hipoglicémia

16 Sinais de hipoglicémia

17 Sinais de hipoglicémia

18 Sinais de hipoglicémia

19 Sinais de hipoglicémia

20 Sinais de hipoglicémia

21 Sinais de hipoglicémia

22 Sinais de hipoglicémia

23 Sinais de hipoglicémia

24 Sinais de hipoglicémia

25 Sinais de hipoglicémia

26 Sinais de hipoglicémia

27 Sinais de hipoglicémia

28 Sinais de hipoglicémia

29 Sinais de hipoglicémia

30 Sinais de hipoglicémia

31 Sinais de hipoglicémia

32 Sinais de hipoglicémia

33 Sinais de hipoglicémia

34 Sinais de hipoglicémia

35 Sinais de hipoglicémia

36 Sinais de hipoglicémia

37 Sinais de hipoglicémia

38 Sinais de hipoglicémia

39 Sinais de hipoglicémia

40 Sinais de hipoglicémia

41 Sinais de hipoglicémia

42 Sinais de hipoglicémia

43 Sinais de hipoglicémia

44 Sinais de hipoglicémia

45 Sinais de hipoglicémia

46 Sinais de hipoglicémia

47 Sinais de hipoglicémia

48 Sinais de hipoglicémia

49 Sinais de hipoglicémia

50 Sinais de hipoglicémia

51 Sinais de hipoglicémia

52 Sinais de hipoglicémia

53 Sinais de hipoglicémia

54 Sinais de hipoglicémia

55 Sinais de hipoglicémia

56 Sinais de hipoglicémia

57 Sinais de hipoglicémia

58 Sinais de hipoglicémia

59 Sinais de hipoglicémia

60 Sinais de hipoglicémia

61 Sinais de hipoglicémia

62 Sinais de hipoglicémia

63 Sinais de hipoglicémia

64 Sinais de hipoglicémia

65 Sinais de hipoglicémia

66 Sinais de hipoglicémia

67 Sinais de hipoglicémia

68 Sinais de hipoglicémia

69 Sinais de hipoglicémia

70 Sinais de hipoglicémia

71 Sinais de hipoglicémia

72 Sinais de hipoglicémia

73 Sinais de hipoglicémia

74 Sinais de hipoglicémia

75 Sinais de hipoglicémia

76 Sinais de hipoglicémia

77 Sinais de hipoglicémia

78 Sinais de hipoglicémia

79 Sinais de hipoglicémia

80 Sinais de hipoglicémia

81 Sinais de hipoglicémia

82 Sinais de hipoglicémia

83 Sinais de hipoglicémia

84 Sinais de hipoglicémia

85 Sinais de hipoglicémia

86 Sinais de hipoglicémia

87 Sinais de hipoglicémia

88 Sinais de hipoglicémia

89 Sinais de hipoglicémia

90 Sinais de hipoglicémia

91 Sinais de hipoglicémia

92 Sinais de hipoglicémia

93 Sinais de hipoglicémia

94 Sinais de hipoglicémia

95 Sinais de hipoglicémia

96 Sinais de hipoglicémia

97 Sinais de hipoglicémia

98 Sinais de hipoglicémia

99 Sinais de hipoglicémia

100 Sinais de hipoglicémia

	Fundamentação: A aceitação da doença pode melhorar com intervenções educativas, nomeadamente com Mapas de Conversação da Diabetes. Os programas educativos com abordagem cognitivo-comportamental têm sido utilizados para promover mudanças comportamentais necessárias e influenciar a percepção dos <i>stressores</i>. O fornecimento de informações claras e consistentes pela equipa de saúde sobre a doença e o tratamento foi considerado um facilitador à adaptação à diabetes mellitus tipo 2 (Bertolin et al, 2015). Análise do Genograma da Família de origem do Sr. J. Na Família do Sr. J. a Diabetes foi diagnosticada na mãe, dois irmãos e tios maternos. Fundamentação: O fato de a construção do genograma ser interativa faz com que o indivíduo se interesse pela narrativa apresentada e pela própria história familiar, favorecendo o vínculo e a comunicação, contribuindo positivamente para a relação terapêutica. Sendo o genograma um instrumento gráfico, facilita a visão e o entendimento de complexos processos de saúde-doença no contexto psicossocial, podendo também contribuir para o estabelecimento de estratégias terapêuticas, ampliando as ações de saúde. O indivíduo se vê e se "sente" representado no instrumento, facilitando a aceitação da doença pois ao compreender padrões transgeracionais da mesma, estabelece correlações entre fatores hereditários e o processo saúde-doença, situando o problema atual dentro de um processo evolutivo e histórico seu dentro da própria família (Muniz & Eisenstein, 2009). Ao registrar de forma prática e simples as informações sobre a saúde, os problemas e as relações dos membros familiares por, pelo menos, três gerações o genograma proporciona a observação e a compreensão, de maneira rápida, um grande número de dados sobre a dinâmica familiar. Essas ferramentas permitem identificar uma série de problemas, sejam genéticos, sociais, ambientais, dos hábitos familiares, como também aqueles que apresentam etiologia desconhecida (Dantas et al, 2017), sendo bastante útil na aceitação da doença. Questionar relativamente à medicação que toma – nome, indicações. Observar em conjunto análises laboratoriais: valor glicemia em jejum e HbA1c, confrontação com valores referência/ critérios para diagnóstico DM2. Explicar ao Sr. J. que tem Diabetes, mas isso não o define. É mais uma das suas características enquanto pessoa. Perguntar ao Sr. J. se tem Diabetes Em caso afirmativo pedir para que o diga em voz alta.
Avaliação dos Resultados	2ª consulta (20.02.2023): Compreende pelo genograma que tem história familiar de DM2 pelo lado materno. “Assim já me é mais fácil perceber de onde vem. Nunca tinha associado que tinha tantos familiares com esta doença.” 6ª consulta (09.06.2023): -Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde

	-Abandono do conceito da condição de saúde anterior -Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição -Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde -Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde -Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde	
Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde (09.06.2023)	
Foco	Gestão do Regime Terapêutico	
Critérios diagnósticos	GRT Não demonstrado se: • Conhecimento Não demonstrado (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico) e/ou • Adesão Não Demonstrada (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Diabetes: -Definição da doença -Complicações do processo patológico -Sinais de hiperglicemia/ hipoglicemia -Atuação em caso de hiperglicemia/ hipoglicemia	Resultados (3ª consulta 15.03.2023): -Define doença incorretamente -Descreve apenas algumas das complicações do processo patológico -Descreve sinais de hipoglicemia -Descreve atuação em caso de hipoglicemia
	Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado/Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Regime Dietético:	Resultados (3ª consulta 15.03.2023): -Não escreve dieta recomendada (consistência, horário, quantidade) -Não descreve os alimentos adequados/ a evitar -Descreve as orientações para a preparação dos alimentos
	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Demonstrado// Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso:	Resultados (3ª consulta 15.03.2023): -Descreve a via de administração do medicamento -Descreve o efeito pretendido com o medicamento -Descreve efeitos secundários/ interação do medicamento -Descreve o armazenamento do medicamento

		Atenolol 50mg – 1 manhã Candesartan 16mg 1 manhã Metformina 1000mg – 1 almoço Brometo de Umeclidiníio 55ugOmeprazol 20mg – 1 jejum Rosuvastatina 10mg – 1 noite
	Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre regime de Exercício Físico:	Resultados (3ª consulta 15.03.2023): - Não descreve tipo, frequência e intensidade do exercício - Não descreve equipamento de proteção e segurança adequado ao tipo de exercício
Critérios diagnósticos	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento não Demonstrado: Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado (15.03.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Não Demonstrado (15.03.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão ao Regime Dietético Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime Dietético Averiguar se: - Explica as relações entre dieta, exercício e peso corporal -Adequa a dieta -Explica as razões para a dieta recomendada -Lê e interpreta os rótulos dos produtos alimentares	Resultados (3ª consulta 15.03.2023): “Como quase sempre igual. Batatas, arroz, massa.” EAD: Nível de Adesão à Alimentação em Geral = 3 dias em média EAD Nível de Adesão à Alimentação Específica = 4 dias em média Nível de Adesão à Alimentação = 4 em 7 (Não Adesão ao Regime Dietético) 2copos vinhos ao almoço + 2 copos ao jantar. Admite excessos nos convívios que faz com as filhas, genros, netos e “parceiros”. Descreve alimentação com gorduras, excesso de hidratos de carbono e consumo de açúcar e doces.
	Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica e resultados Avaliar Adesão ao Regime Medicamentoso Averiguar se: -Providencia / adquire medicamento -Ajusta Horário e dose do medicamento -Prepara medicamento	Resultados (3ª consulta 15.03.2023): EAD: Medicamentos:7. Escala MAT: Adesão ao Regime Medicamentoso (5+6+6+6+6+6) Providencia e prepara medicamentos. Cumpre horário da dose.

	Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime de Exercício Físico Averiguar se: -Adequa o tipo de exercício em função das necessidades/ restrições -Adequa a frequência do exercício em função das necessidades/restrições -Adequa a intensidade do exercício em função das necessidades/ restrições	Resultados (3ª consulta 15.03.2023): EAD: Nível de Adesão à Atividade Física = 0 Sr. J não faz exercício. “Não tenho tempo, ando sempre a correr de um lado para o outro para ir buscar e levar os netos.” (Sr.ª M. abandonou hidroginástica. Filha Carla vai todos os dias ao ginásio)
Critérios diagnósticos	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão não Demonstrada: Adesão ao Regime Dietético Demonstrada (3ª consulta 15.03.2023) Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada (3ª consulta 15.03.2023)	
Resultados Desejados	Conhecimento e Adesão ao Regime Dietético Conhecimento e Adesão ao Regime de Exercício	
Intervenções Sugeridas	Incentivar tomada de decisão (15.03.2023)	
	Encorajar tomada de decisão (15.03.2023)	
	Incentivar comportamento de adesão (15.03.2023)	
	Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física (15.03.2023)	
	Ensinar sobre padrão de exercício (15.03.2023)	
	Ensinar sobre padrão alimentar (15.03.2023)	
	Ensinar sobre comportamento de adesão (15.03.2023)	
	Incentivar hábitos alimentares saudáveis (15.03.2023)	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	-Mapa Conversação Diabetes® “Como Funciona a Diabetes” Fisiologia; Progressão, Doença “silenciosa”; Riscos do Mau Controlo Diabetes – Complicações; Controlo da Diabetes: Alimentação/Medicação/ Exercício Físico -Metáfora: chave para o controlo DM2	

[illegible]

Revisão da Sessão *Mapa de Conversação* “Como Funciona a Diabetes”

-Mapa Conversação da Diabetes® “Alimentação Saudável e Atividade Física”:

-Secção inferior esquerda do MCD® (1):

Ensinar sobre a importância do equilíbrio entre alimentação e atividade física no controlo da DM2.

Utilização da metáfora da balança para acertar no “alvo”.

-Secção superior esquerda do MCD® (2):

Ensinar sobre a alimentação específica na diabetes.

Ensinar sobre o impacto do álcool na adição de calorias à refeição e no controlo glicémico

Ensinar importância da análise dos rótulos

Ensinar quantidades ideais dos alimentos (imagens mãos)

-Secção inferior direita MCD® (7):

Ensinar a importância de envolver a família

Ensinar a importância de traçar objetivos

Rituais Familiares:

Na família do Sr. J. 6ª feira é dia de jantar-convívio com filhas/genros e netos e/ou com os “parceiros”, pais dos genros”. Denominam mesmo esses dias como “Dia dos Filhos” e “Dia dos Parceiros”. Depois da análise do MCD®, foi questionado ao casal que tipo de “Dia” poderiam introduzir, e identificaram o “Dia Fitness”, uma vez que a filha Carla é quem cozinha para todos, muitas das vezes e “tem muitos cuidados com a alimentação”.

Fundamentação:

O MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física”, fornece informações sobre escolhas alimentares e tamanhos de porções, juntamente com diferentes tipos de atividade física (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017).). Cada mapa inclui seis componentes, incluindo visual, compartilhamento de informações, cartões de atividades, interação em grupo, um guia do facilitador e um cartão de estabelecimento de metas (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017; Defeudis et al, 2018).



Revisão da Sessão Mapa de Conversação "Alimentação Saudável e Actividade Física"

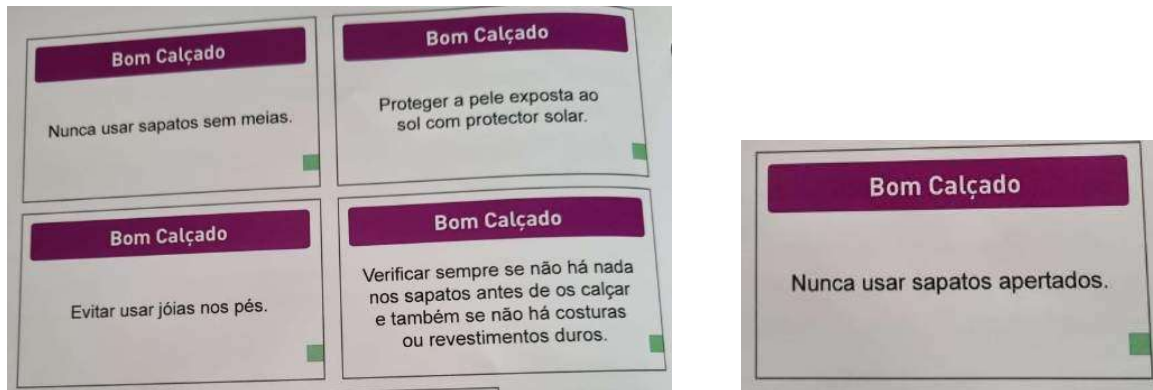
	Entrevista Motivacional 13) Identificar estágio de mudança: Pré-contemplanção – não tem pensamentos sobre mudança comportamento (gorduras, excesso de hidratos de carbono e consumo de açúcar e doces/ não fazer exercício físico). Nível mínimo de motivação intrínseca e nível máximo de resistência. 14) Identificar valores/ objetivos pelos quais se rege: Sr. J. quer ter uma boa qualidade de vida para “<i>ver crescer os netos</i>” 15) Consciencializar para o problema. Complicações da Diabetes. 16) Acha que deveria mudar algo? O quê? 17) Utilizar metáfora 18) Aludir à capacidade de ultrapassar problemas anteriores. Reforço positivo. Os ganhos em saúde com a entrevista motivacional com o Sr. J. dizem respeito à consciencialização da nocividade do padrão de comportamento que tem e da necessidade de mudança. A intervenção é muito ao nível dos conhecimentos sobre fatores de risco e complicações da DM2 por forma a impactar o Sr. J. e motivar a decisão para a mudança. O elogio e reforço positivos relembram a sua resiliência e capacidade de mudança no passado e determinação. Fundamentação: A entrevista motivacional é considerada uma ferramenta útil e estratégica de educação em saúde para mudança de estilos de vida saudáveis, estando a sua eficácia amplamente comprovada na melhoria da adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DM2 (Menezes et al, 2022; Lima et al, 2019; Cedillo & Antunes, 2015). A EM mostra-se uma alternativa promissora que pode ser utilizada para a melhoria do comportamento alimentar de idosos diabéticos e hipertensos atendidos pelas equipas de saúde familiar (Menezes et al, 2022). Ao promover um ambiente que sustenta a autodeterminação do utente, a EM apoia o desenvolvimento de objetivos que suportem valores pessoais, permitindo a mudança para regulações mais autónomas e assegurando que o utente é capaz de individualizar/adaptar as mensagens de saúde generalistas a si, à sua vida, aos seus condicionalismos (Silva et al, 2013).
Avaliação de resultados das intervenções	4ª consulta (02.05.2023): O Sr. M. define DM2 e as complicações do processo patológico
	5ª consulta (25.05.2023): Sr. M identifica os pilares da gestão do regime terapêutico e do controlo glicémico.
	6ª consulta (09.06.2023): Sr. M identifica como deve ser a alimentação específica da pessoa portadora de DM2 e a importância da realização de atividade física.
Diagnóstico	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado (27.03.2023) Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado (27.03.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado (27.03.2023) Adesão ao Regime Dietético (05.06.2023) Adesão ao Regime de Exercício (09.06.2023)

Foco	Auto-Vigilância (09.06.2023):	
Critérios diagnósticos	Auto-Vigilância não Demonstrada se: • Conhecimento Não demonstrado Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés • Adesão Não Demonstrada (Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento para promover auto - vigilância da glicemia capilar Demonstrado /Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento para promover a auto-vigilância da glicemia capilar	Resultados 09.06.2023): -Descreve material necessário, técnica, regularidade EAD = Nível de Adesão à Monitorização de Glicemia= (Não lhe foi recomendado. Não tem glucómetro)
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés	Resultados (09.06.2023): -Descreve importância de manter pés limpos, secos e hidratados e cumpre -Não descreve importância da autovigilância dos pés nem a regularidade -Não descreve parâmetros a ter em atenção na autovigilância dos pés “Ele tem muito jeito para cortar as unhas. Ele corta as minhas.”
Critérios de Diagnóstico	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar Demonstrado (15.05.2023) Conhecimento sobre autovigilância dos pés Não Demonstrado 5ª consulta (15.05.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão à Autovigilância da glicemia capilar Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância da glicemia capilar	Resultados (09.06.2023): -Não faz autovigilância da glicemia capilar de forma regular por indicação médica. Tem máquina avariada. EAD: 0 dias em média
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância dos pés	Resultados (09.06.2023): - Não faz autovigilância dos pés EAD: 5,3 dias em média. Lava e seca os pés diariamente, mas não tem a prática de os observar.
Critérios de Diagnóstico	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão à Autovigilância da Glicemia Capilar Não Demonstrada (09.06.2023) Adesão à Autovigilância dos pés Não Demonstrada (09.06.2023)	
Diagnóstico	Auto-vigilância não Demonstrada (09.06.2023)	

Resultados Desejados	Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre autovigilância dos pés Incentivar tomada de decisão Encorajar tomada de decisão Incentivar comportamento de adesão Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física Ensinar sobre comportamento de adesão Incentivar hábitos alimentares saudáveis Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	-Mapa de Conversação em Diabetes® “A Diabetes e os Cuidados com os Pés” Secção superior esquerda do MCD® (1): -Ensinar sobre como prevenir complicações nos pés Secção central do MCD® (2): -Ensinar sobre a importância de examinar os pés diariamente -Como observar e o que procurar no exame diário dos pés -Dar cartões e pedir para analisar e descrever se já encontrou este tipo de achados. Em caso afirmativo questionar o que fez. -Pedir para o Sr. J. fazer o auto-exame do pé em 15 minutos.  

Secção inferior central MCD® (4):

- Analisar a imagem da sapataria. Ensinar sobre calçado.
- Distribuir cartões relativos ao “bom calçado” e proteção dos pés. Análise.



Secção superior direita do MCD® (5):

- Ensinar sobre procura dos serviços de saúde.
- Ensinar sobre o exame de avaliação do risco de úlcera diabética.
- Realizar exame de avaliação do risco de úlcera diabética.

-Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé: Baixo Risco – ausência de sinais de neuropatia, isquemia, úlcera ou antecedentes de amputação anterior. Deve manter-se em vigilância anual.

Avaliação de resultados das intervenções

Final 5ª consulta – (09.06.2023):

- Compreende importância da autovigilância dos pés
- Refere cuidados a ter com os pés
- Refere como proteger os pés e as características do “bom calçado”
- Refere como fazer o auto-exame dos pés e com que periodicidade
- Refere quando deve recorrer aos serviços de saúde
- Refere a importância de realizar a avaliação de risco de úlcera diabética
- Pretende iniciar autovigilância dos pés.

Diagnóstico

Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado (final consulta (09.06.2023))

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.

Mapa de Conversação A diabetes e os cuidados com os pés



A Diabetes e os Cuidados com os Pés Diabetes Mapas de Conversação Revisão da Sessão

Plano Individual da Sr. M. M.

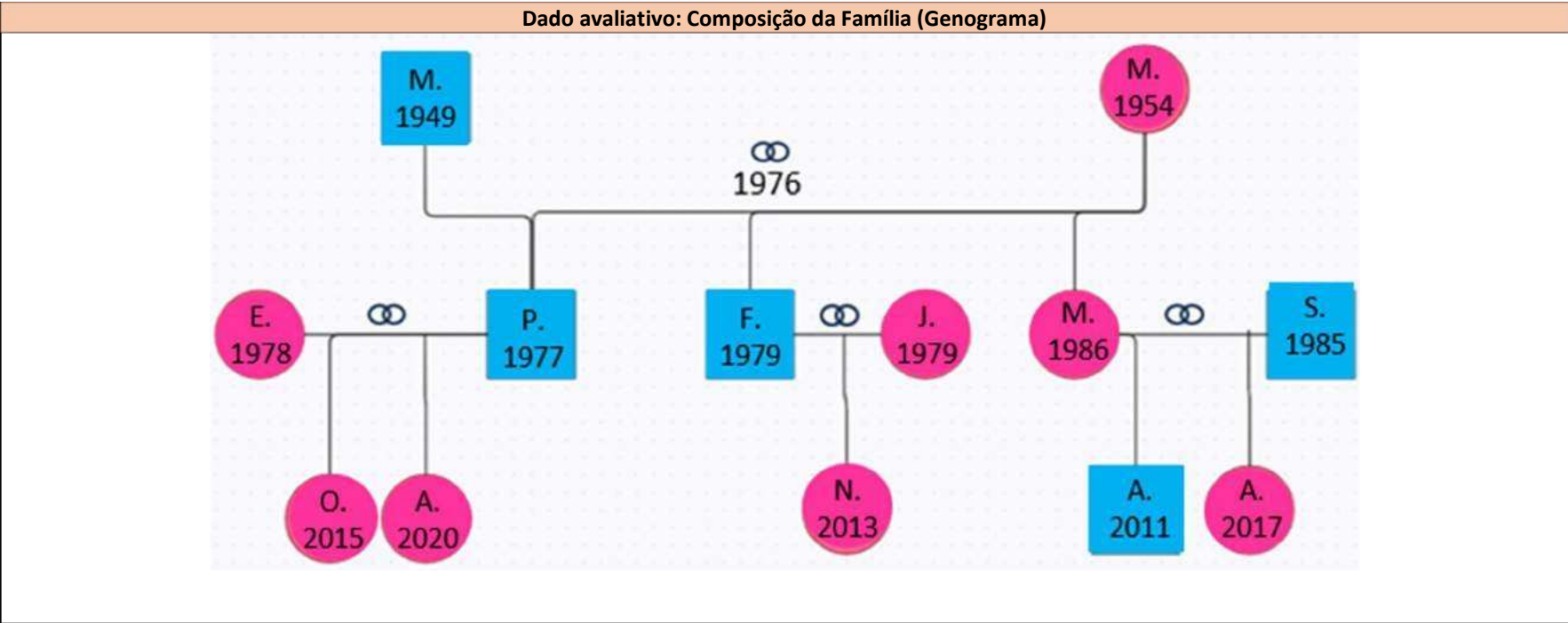
Foco	Risco de Diabetes (15.03.2023)	
Critérios diagnósticos	O Risco de vir a desenvolver Diabetes tipo 2 dentro de 10 anos é: -Baixo – se pontuação escala <7 pontos -Ligeiro - se pontuação escala 7-11 pontos -Moderado – se pontuação escala 12-14 pontos - Alto - se pontuação escala 15-20 pontos - Muito Alto - se pontuação escala > ou igual a 20 pontos	
Atividade diagnóstica	Avaliar o Risco da Sr.ª M.M. vir a Desenvolver Diabetes tipo 2	Resultados: Idade – 4 pontos IMC – 24, 84 kg/m ² – 0 ponto Perímetro Abdominal – 87 cm – 3 pontos Pratica de Exercício – Não - 2 pontos Consumo de vegetais e fruta – diário – 0 pontos Medicação para HTA – não – 0 pontos Alguma vez teve o nível de glicose alto – não – 0 pontos Familiares com DM2 – não – 0 pontos = 9 pontos
Diagnóstico	Risco Ligeiro (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2	
Resultados Desejados	Que o Risco de DM2 passe a ser BAIXO	
Intervenções Sugeridas	Incentivar comportamento de adesão (15.03.2023) Encorajar tomada de decisão (15.03.2023) Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física (15.03.2023) Ensinar sobre padrão de exercício (15.03.2023) Ensinar sobre padrão alimentar (15.03.2023) Ensinar sobre comportamento de adesão (15.03.2023) Incentivar hábitos alimentares saudáveis (15.03.2023) Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz (15.03.2023)	
Avaliação do Resultado das Intervenções	Avaliar o Risco de Diabetes Tipo 2	
Diagnóstico	Risco Ligeiro (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2 (09.06.2023) (4+0+3+0+0+0+0 = 7 pontos). Diminuição da pontuação por início de atividade física.	

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.

ANEXO Xi- Plano de Cuidados da Família 4

1º contacto – 13/02/2023 Sr. M + Sr.ª M.L. na USF (duração: 2h15) <u>Objetivos:</u> -Apresentar o Projeto. Obter consentimentos verbais dos participantes. -Avaliar a família segundo a dimensão estrutural do MDAIF -Realizar Genograma e Ecomapa da Família -Preencher Graffar Adaptado -Identificar forças e recursos na família -Avaliar necessidade em cuidados dos membros da família - Realizar atividade diagnóstica no âmbito da Satisfação Conjugal -Avaliar a Aceitação do Estado de Saúde do Sr. M. -Intervir no âmbito do diagnóstico: Conhecimento sobre DM2 não demonstrado através do uso do MCD® “Compreender os inúmeros fatores presentes no tratamento da Diabetes”	2º contacto – 01/03/2023 Sr. M + Sr.ª M.L. na USF (duração: 2h30 horas) <u>Objetivos:</u> -Intervir ao nível da Relação Dinâmica Disfuncional: - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover a comunicação do casal - Utilizar o Desenho do Casal + Cartas Terapêuticas -Intervir no âmbito do diagnóstico: Conhecimento sobre DM2 não demonstrado através do uso do MCD® “Compreender os inúmeros fatores presentes no tratamento da Diabetes” (continuação) - Realizar entrevista motivacional ao Sr. M.	3º contacto – 19/04/2023 Sr. M + Sr.ª M.L. na USF (duração: 2h00) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback sobre cartas terapêuticas. Reajustes. -Intervir ao nível da Comunicação do Casal (Escultura, Questão Milagre) -Avaliar o Papel Parental -Preencher EAD com Sr. M. -Avaliar Risco de DM2 da Sr.ª M.L. -Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada através do uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física” + Entrevista Motivacional
4º contacto – 10/05/2023 Sr. M + Sr.ª M.L. na USF (duração: 2h15) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções implementadas. Reajustes. -Avaliar e intervir no <i>coping</i> familiar não eficaz: -Preencher Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, APGAR Familiar e FACES - Promover estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família - Negociar estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família (Atividade “Linha do Tempo” / Elogio/Reenquadramento/ Prescrições Paradoxais) - Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime de Exercício não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física (continuação)	5º contacto – 24/05/2023 Sr. M + Sr.ª M.L. na USF (duração: 1h30) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções implementadas. -Obter feedback do casal quanto ao projeto -Avaliar e intervir ao nível da Autovigilância dos Pés não demonstrada através do MCD® “Diabetes e os Cuidados com os pés”	

A - DIMENSÃO ESTRUTURAL



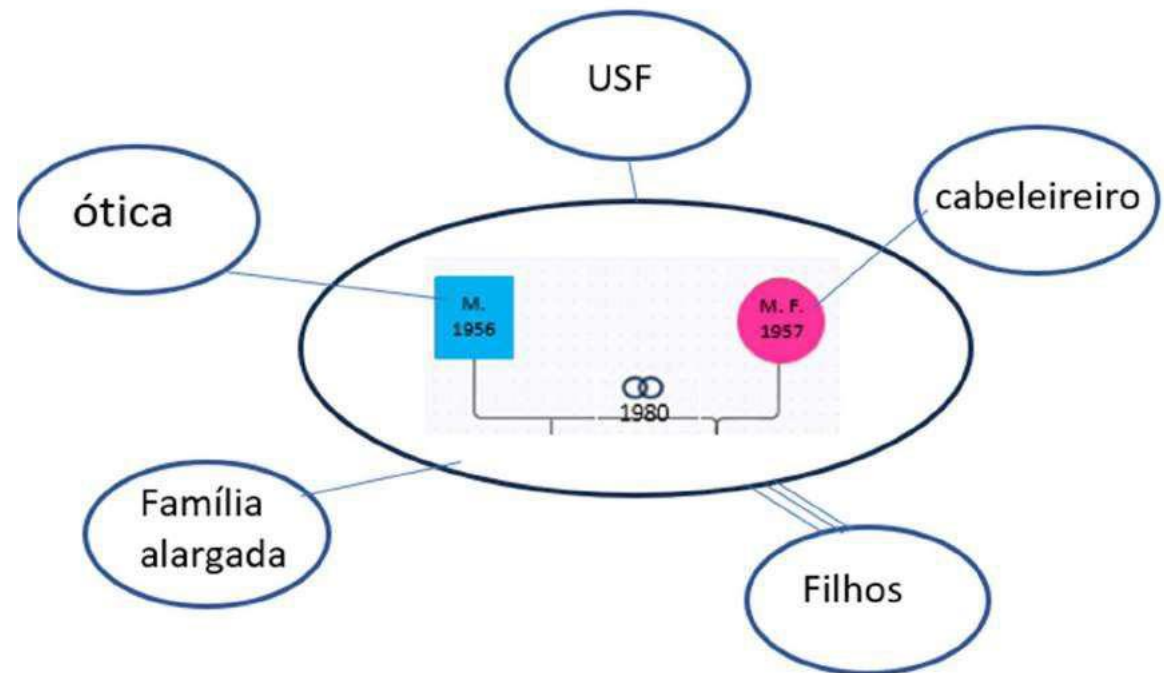
Família constituída pelo Sr. M. e pela Sr.ª M.L., independentes.

Sr. M.	Sr.ª. M.L.
DM2+HTA+Dislipidemia+ AVC isquémico em 2021+ HBP+ retinopatia+ polineuropatia periférica sistêmica+ excesso de peso. Cirurgia a ambos ombros (a realizar MFR). Diagnóstico de DM2 e HTA desde 08/2015. HbA1c- 6,2 mg/dl 124/63mmHg Soldador reformado	cancro mama em 2013 (cirurgia e radioterapia), cirurgia em janeiro 2023 para correção incontinência urinária - colpoperineoplastia. PNV atualizado até 06/2028. Cozinheira reformada 149/78mmHg - 71bpm – IMC< 25 Perímetro abdominal> 88cm Baixo Risco DM2

- Composição Familiar: Sr. M. e Sr.ª M.L.
- Tipo de Família: Nuclear
- Etapa ciclo vital: Família com Filhos Adultos

O Sr. M. e a Sr.ª M.L. têm contacto com filhos telefonicamente: com P. uma vez por semana; com F. duas vezes por semana e com a M. diariamente. Visitam-se uma vez por ano. As funções destes contatos são de apoio emocional; companhia e regulação social. Quanto aos sistemas mais amplos (figura X), ambos os elementos da família 3 têm consultas médicas e de enfermagem no Hospital e na USF; frequentam a Igreja católica e convivem com um casal de amigos que vive em Canidelo. Foram emigrantes nos EUA durante 25 anos.

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)



Dado avaliativo: Classe social

Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer	
Tipo de alojamento Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição Moradia Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento	Regime de ocupação Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria Tipologia Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Estado geral de conservação Bom Desconhecido Mau Razoável Conforto Bom Desconhecido Mau Razoável Mobiliário e equipamento básico Desconhecido Insuficiente Suficiente	Casa de banho Desconhecida Fora do alojamento Inexistente No alojamento Aquecimento Central Desconhecido Local Nenhum	Higiene Boa Desconhecida Má Razoável Electricidade Desconhecido Não Sim Barreiras arquitectónicas Desconhecido Não Sim	Água Desconhecido Não Sim Origem Desconhecida Particular Rede pública Distribuição Desconhecido Fontenário a - de 100m de casa Fontenário a + de 100m de casa Fora do alojamento No alojamento No interior No exterior
Salubridade da zona residencial Desconhecida Insalubre Salubre					

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

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) grau 4 - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Ambos reformados. Sr. M. soldador (desde 1991) e Sr.ª M.L. foi empregada fábrica/ cozinheira
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> E Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	(1ª consulta - 13.02.2023) Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação :3 - Conhecimento <u>Demonstrado</u> sobre riscos de edifício - Higiene da Habitação Presente - Conhecimento Demonstrado sobre governo da casa
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	(1ª consulta - 13.02.2023) Edifício residencial Seguro

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	- Existência de Barreiras arquitetónicas - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas - Existência Aquecimento: aquecedor e conhecimento sobre utilização de equipamento. - Existência de <u>Abastecimento de gás (canalizado)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás.
Critérios diagnósticos	<u>Prevenção de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico	(1ª consulta - 13.02.2023) Prevenção de Segurança Demonstrada

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência <u>Abastecimento de água</u> rede pública, canalizada -Conhecimento Demonstrado sobre o controle da qualidade -Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
CrITÉrios diagnÓsticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
DiagnÓstico	(1ª consulta - 13.02.2023) Abastecimento de Água Adequado

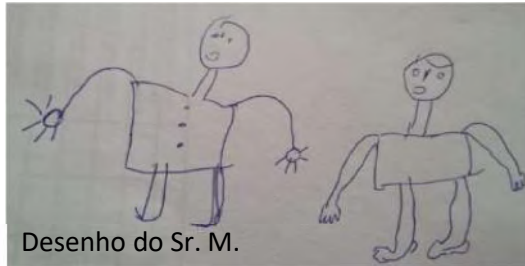
Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	Ausência de <u>Animal doméstico</u>
CrITÉrios diagnÓsticos	Animal doméstico negligenciado , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
DiagnÓstico	(1ª consulta - 13.02.2023) Não se adequa

E- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

*Nota: fazendo parte da dimensão desenvolvimento o **planeamento familiar** e a **adaptação à gravidez** não são avaliados porque não se aplica à etapa desenvolvimental em que esta família se encontra.

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	B.1.1.1- Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: -- Qual é a vossa situação laboral? — Como dividem/partilham as tarefas domésticas? — Que percentagem de tarefas domésticas costuma fazer? — Sentem-se satisfeitos com a forma como partilham/dividem as tarefas domésticas? De 1 a 10, quanto? — Já conversaram sobre a divisão de tarefas domésticas entre vocês? — A que conclusões chegaram?	Resultados (1ª consulta - 13.02.2023) Ambos pontuam a satisfação com a partilha das tarefas domésticas no nível 8. Referem que fizeram algumas alterações aquando das reformas de ambos e que a Sr.ª M.L. faz a maior parte das tarefas (90%), mas ambos estão satisfeitos com essa divisão.
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares e de Escala: — Que tempo reservam para estarem juntos e a sós? — Que tempo de qualidade estiveram juntos, a dois, na última semana? — Está satisfeito(a) com o tempo que passam juntos? De 1 a 10? — Como qualificaria o tempo que passam juntos? — Que importância tem o tempo que passam juntos? — Na sua opinião, o tempo que passam juntos deveria aumentar ou diminuir? — Expressou a sua opinião sobre o tempo que passam juntos ao parceiro? — Que atividades recreativas gosta de partilhar com o seu parceiro? — Têm interesse em passatempos comuns? — Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos? — Que atividades gosta de realizar sozinho(a)? (perguntar individualmente) — Está satisfeito com o tempo para as atividades individuais? — Na sua opinião, esse tempo deveria aumentar ou diminuir? — Que opinião têm sobre os interesses/passatempos do vosso parceiro? — Que tarefas/atividades considera que vos retira tempo para estarem juntos? — É possível alterar o tempo que gasta nelas? — Como poderia fazer para contornar isso?	Resultados (1ª consulta - 13.02.2023) Satisfação de ambos os membros do casal com o tempo que estão juntos, ambos pontuam no nível 10. Sr.ª M.L. – “ <i>Estamos sempre juntos, em casa ou fora dela. Gostamos de passear e viajar juntos. Finalmente temos tempo para estarmos juntos, temos que aproveitar. Também temos as nossas coisas, cada um de nós tem as suas, e também temos tempo para elas. Temos tempo para tudo. Nesse âmbito estamos bem. Passamos demasiado tempo afastados no passado, hoje em dia aproveitamos a companhia um do outro e estamos satisfeitos com isso.</i> ” Sr. M. – “ <i>É como a minha esposa disse, hoje em dia aproveitamos o tempo que temos junto e administramo-lo da melhor forma. Fazemos o que queremos, somos livres. Agora que o nosso tempo de vida vai escasseando vamos dando mais valor aos pequenos momentos e aprendendo a apreciar tudo de outra forma, mais madura.</i> ”
	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	

Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Costuma conversar com o seu parceiro sobre os seus sentimentos? — Como reage quando o seu parceiro expressa o que sente? — Está satisfeito(a) com a forma como expressam o que sentem um ao outro? De 1 a 10 quão satisfeitos está? — Sente que o seu/sua parceiro(a) compreende os seus sentimentos? — Sente que o seu/sua parceiro(a) expressa os seus sentimentos de forma adequada? — De que forma costuma mostrar ao seu/sua parceiro(a) o que sente? — Costumam guardar para si o que sente em determinado momento? — Costuma chamar a atenção do parceiro para comportamentos que considerara desadequados? Como o faz? — Como reage o seu parceiro quando expressa comportamentos dele que não gostou? — E como reage quando o seu parceiro faz o mesmo acerca dos seus comportamentos? — Sente que o seu parceiro o(a) aceita totalmente, incluindo defeitos e virtudes? — Com quem realmente contam para se sentirem mais relaxados, quando estão tensos ou sob pressão? — Sentem que podem realmente contar com o parceiro quando precisam de ajuda? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Resultados (1ª consulta - 13.02.2023) -Sr. M. satisfeito com a forma como cada um expressa os sentimentos: 7 em 10. <i>“Costumamos conversar... A M.L. fala mais do que eu, liga mais a essas coisas. Contamos sempre um com o outro para tudo, sempre foi assim.”</i> -Sr.ª M.L. Não satisfeita com a forma com o marido expressa os sentimentos, sente que não a compreende. Tem <i>“guardado para ela tudo o que sente. Gostava de conversar mais. Nós conversamos realmente, mas sobre coisas triviais, não sobre nós, sobre cada um de nós.”</i> -Sr. M. diz-se <i>“surpreendido com o que a M.L. disse, não me tinha falado sobre este desconforto. Ela sempre foi mais de guardar as coisas para ela.”</i>
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida por: • Relação dinâmica disfuncional	
Subdiagnóstico	(1ª consulta - 13.02.2023) Relação dinâmica Disfuncional (Não Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos)	
Resultados Desejados	Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
Intervenções Sugeridas	Promover a comunicação expressiva das emoções (2ª consulta – 01.03.2023)	
	Promover a comunicação do casal (2ª consulta – 01.03.2023)	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI): -</u>		
Desenho do Casal: Foi pedido a ambos os elementos do casal que fizessem o desenho deles enquanto casal. A exploração dos significados das representações gráficas é feita em seguida, através do questionamento circular, tendo em conta três níveis: gráfico, estruturas formais e conteúdo (Aires, 2003 e Corman, 2003 como citado em Lima, 2010), tendo em conta os seguintes aspetos:		
		

-Observar o local da página onde o desenho foi iniciado -Quem é a primeira personagem a ser desenhada? -A ordem de representação dos outros elementos -Qual o tempo dedicado ao desenho de cada um deles? -A direção ou sentido que é tomado, as paragens momentâneas que possam ocorrer -Linguagem verbal e não-verbal	A Sr.^a L. começou por desenhar o marido, que aparece num plano um pouco superior a ela e com o rosto voltado para o lado oposto ao seu. Estão lado a lado, um pouco afastados. O Sr. M. começou por desenhar-se a si mesmo, lado a lado, estando num plano ligeiramente acima ao da esposa.

Fundamentação:

Para se compreender a forma como o indivíduo vivência as suas relações interpessoais, sobretudo no ambiente familiar. É mais importante ver como ele representa a família do que como de fato ela é. Assim, a representação gráfica do casal transpõe as barreiras do dizível pela comunicação oral em consulta, funcionando como um instrumento de intervenção nos membros do casal (Corman, 1967 como citado em Lima, 2010). É um instrumento de aplicação individual, relativamente rápida que propõe analisar o par gráfico e verbal, de acordo com vários aspetos descritivos (composição, natureza vínculo, nível realidade, contexto) e dinâmicos (interação de papéis, comunicação do casal), uma que os membros do casal também contam a história sobre o desenho, o que lhe confere dinamismo (Bell, 1964 como citado em Lima, 2010). A ação criativa a partir do desenho pode trazer uma ampliação no modo de conversar sobre os problemas (Epston, Freeman e Lobovits, 2001), uma vez que o desenho convida o casal a desalojar-se do lugar, de certo modo, seguro, a que está habituado e introduz, na sua própria realização, a novidade (como citado em Biagi-Borges & Rasera, 2017). O recurso à imaginação, ao simbolismo e a metáforas enriquece e incrementa o processo, o desenho facilita a comunicação, o ensaio de relações e reorganização dos objetos internos, a expressão emocional significativa, o aprofundar do conhecimento interno, libertando a capacidade de pensar e a criatividade (Ruy de Carvalho, 2001 como citado em Capinha 2017). A criação artística partilhada propicia um canal para a comunicação e interação, no qual a criação e expressão artística facilitam o aflorar da linguagem não-verbal, de questões, motivações e necessidades profundas, propiciando a compreensão das dinâmicas e significações pessoais implícitas e da unidade do casal, propiciando a aprendizagem vivencial de modos mais assertivos de relacionamento intra-familiar (Capinha, 2017).

Questões circulares.

-Foram colocadas questões quanto às representações gráficas de ambos e dos cônjuges, exemplos:

-Sr.^a M.L. quer explicar o seu desenho?

-Porque iniciou o desenho pelo marido? Porque o representou desta forma?

-Qual o significado de estarem ambos com os braços levantados?

-O seu marido figura num plano superior ao seu, consegue explicar?

-O que acha do desenho do marido?

-Sr. M., porque acha que a esposa vos desenhou sem boca? Que significado teve o desenho dela para si?

-Sr. M. e o seu desenho? O que quis representar?

-Estão a uma pequena distância um do outro, como podem encurta-la?

-O que acha do desenho da sua esposa?

-É pedido sempre o feedback do outro cônjuge relativamente ao que o primeiro expressa, a cada pergunta.

Ao apresentar-se como uma surpresa, visto não estar planeado como possibilidade discursiva e, sobretudo, como produtor de sentido, o desenho adquiriu nesta família um carácter desconstrutivo e abriu a possibilidade a novos significados para as questões na interação conjugal, sendo que a linguagem metafórica do desenho se constitui menos ameaçadora, porém não menos importante (Biagi-Borges & Rasera, 2017). O desenho ampliou a forma de conversar sobre os problemas (Epston, Freeman e Lobovits, 2001), e convidou o casal a sair da zona de conforto a que está habituado e abriu caminho para a descoberta, para o novo (como citado em Biagi-Borges & Rasera, 2017) e para a utilização mais frutífera de outras técnicas. Deste

modo utilizou-se o questionamento circular para desconstruir o que cada desenho representava, uma vez que questionar e mudar não são momentos separados, mas simultâneos, e o “questionamento gera mudanças” (Cooperrider & Whitney, 2005). Questionar e mudar não são momentos separados, mas simultâneos. Questionar é intervir e promove a mudança. (Cooperrider & Whitney, 2005).

-Cartas Terapêuticas:

Foi sugerido que a Sr.^a L. escrevesse uma carta ao marido, em que expressasse os seus sentimentos, como se fosse sua última oportunidade de dizer o que lhe vai na alma. Foi pedido também que descrevesse bons momentos que tiveram juntos, em detalhes (alegrias, fantasias ou projetos) e em seguida, e só nesse momento, que dissesse o que a incomoda, o quanto fica triste, o que tem dificuldade em aceitar. Foi pedido ao Sr. M que respondesse igualmente por carta à esposa. Ficaria ao critério deles trazer ou não as cartas à próxima consulta ou partilhar os seus conteúdos.

Fundamentação:

As cartas terapêuticas serviram como extensão dos diálogos desenvolvidos na sessão, uma vez que levantam questões reflexivas que convidam o indivíduo a um território inabitado, onde pode buscar resolver seus problemas e co-construir novas realidades, através de uma visão não-patologizante do problema, que promove mudanças que podem ser testemunhadas pelos outros membros da família (Paré & Rombach, 2003 como citado em Paiva & Rasera, 2012).

A escrita criativa contribui para a ativação do hemisfério direito do cérebro, que propicia o desenvolvimento da criatividade, da inteligência emocional e ainda garante um equilíbrio entre os dois, o emocional e o racional (Maley, 2012). Ao possibilitar um espaço de distanciamento, esta técnica permitiu a reflexão sobre os eventos, colocando os membros do casal no centro do processo e dando-lhes autoridade para decidir, refletir e descobrir soluções para os seus problemas (Davidson, Birmingham, 2001).

- Rituais Familiares (19.04.2023):

Após Sr.^a L. contar que o marido lhe escrevia pequenos bilhetes antes de se casarem. Sugere-se ao Sr. M. que surpreenda a esposa com pequenos bilhetes, como antigamente.

Fundamentação:

Os rituais familiares são eventos simbólicos, com um especial significado partilhado pelos membros da família, que envolvem repetição, real ou imaginada e contemplam a sua preparação, vivência e integração na vida familiar (Fiese, 2006). Contribuem para as relações familiares de forma significativa ao construir e manter laços familiares, ao promover um sentimento de pertença e a coesão familiar e ao fomentar a identidade familiar, pois através da sua vivência os membros da família partilham, como herança familiar um, sentido de pertença ao grupo assim como valores e crenças de transmissão intergeracional (Fiese 2006). Está descrita uma relação positiva entre significado dos rituais e a satisfação conjugal (Crespo et al, 2008; Fiese et al, 1993; Fiese & Tomcho, 2001 como citado em Azevedo, 2018) principalmente em momentos de crise, provendo estabilidade ao longo do ciclo de vida da família e do casal (Fiese, 2006).

Avaliação de resultados das intervenções

(3ª consulta 19/04/2023): Referiram que escreveram as cartas e falaram sobre o conteúdo das mesmas. Sr.^a L referiu que o marido se “expressou muito mais e melhor que no dia-a-dia”. Optaram por não trazerem à consulta.

(4ª consulta 10/05/2023): Sr. M tem escondido bilhetes pela casa quase diariamente, com “pequenas frases de namoro” que a Sr.^a L. refere gostar muito.

(5ª consulta 24/05/2023): Ambos referem que a expressão de sentimentos melhorou em ambos.

Diagnóstico

Relação Dinâmica Não Disfuncional (24.05.2023)

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um Atividade diagnóstica — Têm facilidade em expressar um ao outro as vossas expectativas e receios? — Com quem costumam partilhar os vossos sucessos e fracassos? — Sente que as suas expectativas/receios são semelhantes às do seu/sua parceiro(a)? — Na última semana, quantas vezes confidenciaram um ao outro os vossos problemas? — Costuma ouvir com atenção as preocupações do seu/sua parceiro(a)? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro é compreensivo? — Na sua opinião, é compreensivo(a) com o seu/sua parceiro(a)? — Como poderia melhorar a sua disponibilidade no sentido de uma melhor compreensão? — Que importância atribui aos aspetos da comunicação, empatia e compreensão entre um casal?	Resultados (3ª consulta – 19.04.2023): Ambos partilham da opinião que conversam sobre expectativas e receios de cada um, assim como sucessos e fracassos individuais e de casal. Sr. M.: <i>“Costumamos fazer balanços sobre a nossa vida regularmente”.</i> Sr.ª M. L. – <i>“Nesse ponto estamos alinhados.”</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião Atividade diagnóstica e resultados — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto leva em consideração a opinião do seu/sua parceiro(a)? E quanto considera que deveria ser? — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto o seu/sua parceiro(a) leva em consideração a sua opinião? E quanto considera que deveria ser? — Descreva um episódio de discordância de opiniões entre vocês e como geriu a situação. — Costumam ter opiniões semelhantes sobre alguns assuntos? — A discordância de opiniões, usualmente, é sobre que temas? — Consegue expressar a sua opinião livremente, sem medo de represálias do(a) parceiro(a)? — Na sua opinião, há um padrão de concordância/discordância sistemática entre vocês? — Costuma fingir ter a mesma opinião do seu parceiro(a), para evitar discussões? — Numa semana, quantas vezes estão em discordância de opiniões? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro(a) expressa opiniões contrárias às suas propositadamente? — Quando é necessário tomar uma decisão, pedem a opinião um do outro? — Quando as divergências surgem costumam fazer cedências? — Tentamos sempre solucionar os problemas em conjunto. Concorda?	Resultados (3ª consulta – 19.04.2023): O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião. Referem levar em consideração a opinião um do outro a 100%. Discordam muito pontualmente, em <i>“questões menores”</i>. Sr. M.: <i>“Pedimos sempre a opinião um do outro. Tomamos decisões juntos. Sempre foi assim.”</i> Sr.ª M. L.: <i>“Tentamos sempre solucionar os problemas em conjunto.”</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal Atividade diagnóstica — Costumam ter momentos de diálogo enquanto casal? — Está satisfeito(a) com a forma como comunicam enquanto casal? — Como qualifica a comunicação entre vocês? Como gostaria que fosse?	Resultados (3ª consulta – 19.04.2023): Sr.ª L. não satisfeita com o padrão de comunicação

	— Na sua opinião, comunicam entre vocês, de forma eficaz? — Como poderia melhorar a forma como comunica? — Sobre que tipo de assuntos costumam conversar enquanto casal? — E sobre que assuntos evita conversar? — Que assuntos gostaria de abordar com o seu parceiro? — Quando conversam estão a sós? — Quando acontece algo muito bom/mau, a quem conta primeiro? — Costumam telefonar/enviar mensagens um ao outro ao longo do dia? — Considera que têm a capacidade de comunicar e compreender o outro, sem falar? — Na sua opinião, a comunicação entre os dois é importante? — Na sua opinião, costumam discutir? Em média, numa semana, quantas vezes discutem? — Costumam elogiar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) elogia? — Costumam criticar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) critica? — Costumam conversar sobre a relação? — Que estratégias usa para fazer as pazes após uma discussão? — O meu parceiro, por vezes tem um comportamento inadequado comigo. Concorda? — Quando combinam algo entre vocês ambos seguem o acordado? — Costuma ser verbalmente agressivo(a) com o outro? E fisicamente? — “O meu parceiro é mandão”. Concorda? — Quem costuma iniciar uma conversa a dois? Quem costuma por um ponto final nas conversas? — Quem é mais falador? — Considera o seu/sua parceiro(a) como confidente? — Que importância atribui à capacidade de serem confidentes na vida?	Sr. M.: “<i>Ela fala mais do que eu ..., mas conversamos um com outro. Já estamos juntos há 47 anos...já não há assim tanto para falar.</i>” Sr.ª M. L.: “<i>É isso mesmo, estamos casados há 47 anos e penso que nesta altura do campeonato já devíamos estar noutra patamar de comunicação entre nós. Penso que devíamos falar mais sobre nós, sobre os nossos sentimentos. Estamos quase sempre juntos, mas falamos de coisas do dia-a-dia, dos filhos...coisas que passam na televisão... A comunicação é muito importante. É a base de tudo.</i>” Sr. M. diz-se surpreendido com a posição da esposa: “<i>As mulheres gostam sempre de discutir a relação. Nós homens gostamos mais de vivê-la.</i>”
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Não Eficaz (3ª consulta – 19.04.2023)	
Resultados Desejados	Comunicação Eficaz (19.04.2023)	
Intervenções Sugeridas	Promover a comunicação expressiva das emoções (19.04.2023)	
	Promover a comunicação do casal (19.04.2023)	
-Escultura:		
“Imaginem que vocês são barro e que cada um de vós é o escultor desse barro. É pretendido que esculpam a imagem que tem sobre a vossa relação no momento atual. Respirem fundo e pensem nessa imagem. Se for mais fácil, fechem os olhos, imaginem uma foto que enviariam a alguém que estivesse do outro lado do mundo e, sem palavras explicativas, a pessoa, ao receber essa imagem, perceberia o que estava esculpido.”		1ª escultura: A Sr.ª L posicionou marido ao seu lado, afastado, ligeiramente virado para o lado oposto e posicionou-se ao lado do marido com uma mão esticada para ele, que não lhe chega a tocar. Ambos com fáceis serias.

Primeiro foi pedido à Sr.^a L. e tirada fotografia. Em seguida ao Sr. M. e tirada nova fotografia.	O Sr. M. fez uma escultura em tudo semelhante à da esposa, mas ambos têm um dos braços esticados para o cônjuge, sem lhe tocar. Ambos com corpo e face voltados para a frente e fáceis sérias.
Em seguida é pedido que façam escultura de quando consideram que foram mais felizes e identifiquem o momento. Nova fotografia para ambas as esculturas.	2ª Escultura: -A Sr. L. posiciona-se num abraço apertado que o marido lhe dá, ambos colados de frente um para o outro, sorriem. A Sr.^a L. abraça também o marido. -O Sr. M. mantém a escultura da esposa, diz concordar em tudo e não quis alterar.
Fundamentação: A escultura permitiu a representação das relações entre os elementos da família, através da colocação dos seus corpos no espaço, segundo um processo dinâmico, simbólico, ativo e não linear, com o objetivo de expressar percepções, sentimentos, emoções e narrativas e introduzir mudanças nas histórias e interações familiares (Siqueira, 2020). Baseando-se nas três dimensões do funcionamento da família: a comunicação não verbal, a interação no “aqui e agora” e a experiência agida/ vivida de pensamentos, sentimentos e comportamentos, esta técnica fez emergir a ação, a linguagem figurativa, metafórica e corporal, através da exploração das dimensões visuais, simbólicas, físicas e sensoriais relativas à dimensão em análise (Papp, Scheinkman, & Malpas, 2013 como citado em Siqueira, 2020).	
-Questão Milagre: “E se amanhã acordassem e por milagre estes problemas de comunicação tivessem se resolvido? Como acordam? O que sentem? Como comunicam?” -É pedido que façam uma terceira escultura sobre a relação após “o milagre”. -Comparação da 3+ 3 fotografias. “Foi muito importante perceber como vocês se relacionam. Hoje o que têm silenciado dentro de cada um de vós passou a ser visível e agora juntos podemos decidir o que fazer.”	- Sr. M. faz escultura em que se coloca ao lado com a esposa, de mãos dadas e sorriem. -Sr.^a L. posiciona-se de frente para o marido e ficam de mãos dadas e sorriem.
Fundamentação: Esta questão funciona com a metáfora de um "milagre" que levou ao desaparecimento dos problemas da família ou a uma melhora nas suas vidas (De Shazer et al, 2007 como citado em Zatloukal, Žákovský & Bezdíčková, 2019). Através da criação de uma curta história metafórica, reforçada pelo uso de sugestões indiretas redireciona-se a atenção dos membros da família (De Shazer, 1985 como citado em Zatloukal, Žákovský & Bezdíčková et al, 2019), por forma a ajudá-los a construir uma visão da vida no futuro, sem o problema identificado (De Shazer et al. 2007, como citado em Trepper <i>et al.</i> 2006), há um aumento da motivação quanto à possibilidade de mudança (Morejón & Beyebach, 1997).	
-Rituais Familiares	

-Que estratégias podem implementar para “chegar mais perto” da terceira fotografia? Questionamento Circular. -Sugire-se que todos os dias, à hora do jantar mantenham a televisão desligada para poderem conversar, optando por verem juntos a edição do almoço ou uma outra mais tarde. -Sugire-se que durante o jantar conversem um com o outro sobre o dia de ambos, como faziam antigamente. Inicialmente, sendo um pouco mais difícil, podem seguir uma ordem: ➤ O melhor do teu dia? ➤ O pior do teu dia? ➤ O que gostavas que tivesse acontecido e não aconteceu? ➤ O que não gostavas que tivesse acontecido e aconteceu? ➤ Diariamente escolham um tem para desenvolver a gosto Com o tempo, deixem a conversa fluir, sem critérios pré-definidos. O importante é falarem um com o outro. E não deixar questões pendentes.	-Em termos de estratégias identificaram: falar com o cônjuge sempre que haja algum problema; expressar as opiniões e sentimentos diariamente; ir dormir no mesmo horário e antes falarem sobre o dia. -Identificam rituais enquanto casal “que se perderam”. Como ambos trabalhavam fora tinham o hábito de chegarem a casa à hora do jantar e conversarem sobre como tinha sido o dia de ambos. Agora que estão reformados e passam muito tempo juntos as “conversas são muito menos”. Sr.ª L. refere que “às refeições as conversas foram substituídas pelo telejornal. Sentamos mudos e saímos calados”.
-Metáfora (O Sr. M. é soldador reformado). “Toda soldagem necessita de uma fonte de calor para que aconteça a fusão perfeita” assim é o casamento, necessita de da comunicação para que haja aligação entre as duas partes do casal, para que se fundam numa só.	- Casal muito recetivo à metáfora, fazendo alusão a mais termos metafóricos na mesma temática: ➤ O cuidado necessário do soldador para não estragar o trabalho feito ➤ A durabilidade da solda, caso seja bem feita ➤ Necessidade de dosear fonte de calor e saber quanto, como e onde aplicar ➤ ... Fazem transposição da metáfora para a vida deles de casal.
Fundamentação: A metáfora permitiu ao enfermeiro entrar no sistema terapêutico e representar comportamentos relações, interações ou ainda regras do sistema familiar e ainda transmitir à família o resultado da observação: análises, hipóteses e ideias sobre ela, de forma subtil (Sanches & Peixoto, 1996). Utilizou-se uma metáfora relacionada com a antiga profissão do Sr. M., que era bombeiro, que pode ser consultada em anexo. Partindo de contexto profissional a metáfora foi utilizada intencionalmente para influenciar o outro (Tay, 2013, Törneke, 2017; Cohen, 2018).	
Avaliação de resultados das intervenções	(4ª consulta 10/05/2023): As duas primeiras fotografias foram apagadas. Imprimiram fotos das esculturas representativas do momento em que foram mais felizes, emolduraram e penduraram em casa. Têm mantido a televisão desligada ao jantar e “têm tentado fazer uma boa liga”. (5ª consulta 24/05/2023): Ambos satisfeitos com o padrão de comunicação.
Diagnóstico	Comunicação Eficaz (24.05.2023) Satisfação Conjugal Mantida (24.05.2023)

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	As dimensões Interação Sexual e Função Sexual não foram avaliadas. Neste casal a prioridade estabelecida foi a relação dinâmica do casal, pelo que se optou por não abordar assuntos relacionados com a sexualidade do casal, uma vez que também a relação terapêutica ainda é recente.
	B.1.3- Função Sexual	Quando abordadas as complicações da Diabetes foi nomeada a Disfunção Sexual e quando questionado o Sr. J. não mencionou sofrer deste tipo de complicação. Quando abordada esta questão o casal não quis desenvolver o assunto, não direcionando o diálogo neste sentido. Estas dimensões deverão ser avaliadas futuramente pela enfermeira de família, após as questões de comunicação estarem resolvidas e a Comunicação do casal passar a ser Eficaz.

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica -Está satisfeito com a sua relação com os vossos filhos? (atentar na resposta dos dois) -Exerce o papel de mãe de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas dos vossos filhos? -Exerce o papel de pai (depende do termo que utilizarem) de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas dos vossos filhos? -Considera ter uma relação com os vossos filhos de adulto para adulto? (avaliar o respeito pela individualidade)	Resultados (2ª consulta - 01.03.2023): Conhecimento de ambos sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental. Ambos satisfeitos com a relação com filhos, referem que exercem o papel de pai e mãe segundo as expetativas deles <i>"Acho que não desiludimos"</i> (Sr. M.)
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica -Como encaram o facto dos vossos filhos serem adultos, pais/mãe de família? -Como era a vossa relação antes dos vossos filhos saírem de casa? E agora? -Com estas alterações de vida têm conseguido redefinir a vossa relação com os vossos filhos, de adulto para adulto? -Qual acham que é a opinião dos vossos filhos sobre a vossa relação com ele, enquanto pais? Qual o motivo? -Atualmente costumam interferir na vida das vossas?	Resultados (2ª consulta - 01.03.2023): Redefinição das relações com os filhos, de adulto-adulto demonstrada. Referem ter excelente relação com os três filhos <i>"já são homens e mulher!"</i> .
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade enetos</u>	Atividade diagnóstica - Como encaram o facto dos vossos filhos construírem as suas próprias famílias? - Com que idade construíram a vossa família? - Qual a vossa relação com as vossas noras/genro? Qual a vossa opinião sobre eles? - Como é a vossa relação com os vossos netos? Qual a vossa opinião sobre eles?	Resultados (2ª consulta - 01.03.2023): Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos. Dizem-se <i>"felizes por ver os filhos a construírem as suas próprias famílias"</i> . Referem boa relação

		com noras, genro e netos. “Sentimos muitas saudades de todos”.
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contacto mantido</u>	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido Atividade diagnóstica -Que tipo de contato têm com os vossos filhos? -Estão satisfeitos com esse padrão?	Resultados (2ª consulta - 01.03.2023): Satisfação com o contacto mantido. “Não dá para ser mais. Já falamos todos os dias e vemo-nos uma vez por ano.”
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a) Atividade diagnóstica -Como era a vossa relação com os vossos filhos anteriormente? -O que mudou? -Estão satisfeitos com o tipo de relação que têm atualmente? E com as vossas noras e genro? -Acham que as vossas filhas estão satisfeitas com o tipo de relação que têm convosco?	Resultados (2ª consulta - 01.03.2023): Satisfação com a relação mantida filhas e genros. Referem que sempre tiveram boa relação com os filhos e assim continuam.
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Existência de consenso do papel	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.4 – Conflito do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de conflitos de papel	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel SIM	
Dimensão	B.7.5 – Saturação do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de saturação do papel	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel NÃO	
Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)	
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim	
Diagnóstico:	• Papel parental adequado (01.03.2023)	

D- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente	
SIM	
NÃO X	

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe – 13+12= 25 pontos- Menor probabilidade de incidência de doenças

Foco		C.2- Processo Familiar	
Dimensão		C.2.1- Comunicação Familiar	Sendo que a família corresponde a um casal, as questões de comunicação já foram abordadas na dimensão comunicação de casal, anteriormente.
Dimensão		C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item		C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>		Atividade diagnóstica 13. Quem na família expressa mais os sentimentos? 14. Quem tem iniciativa para os resolver? 15. Existe discussão sobre os problemas na família 16. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas 17. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas 18. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	Resultados 13. Sr.ª L. 14. Ambos 15. Não 16. Ambos 17. Não 18. Sim Sr. M. refere que se “chateiam muitas vezes” porque a Sr.ª L. insiste e não usar as melhores coisas que têm. “Guardou a vida inteira copos, toalhas, lençóis para as visitas, para os filhos, nunca para nós. Estamos velhos, vamos morrer e fica cá tudo.” Sr.ª L. concorda que esse sempre foi um problema de ambos, desde que se casaram e que deixaram de falar nele. Apesar de existir. “Ele nunca quis guardar as coisas, eu prefiro guardar porque sei que depois tenho se precisar...”
Critérios diagnósticos		Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver ou os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico		Coping Familiar Eficaz (10.05.2023)	
Dimensão		C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item		C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel provedor</u>		Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (10.05.2023) Sr. M e Sr.ª M. L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
		C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	

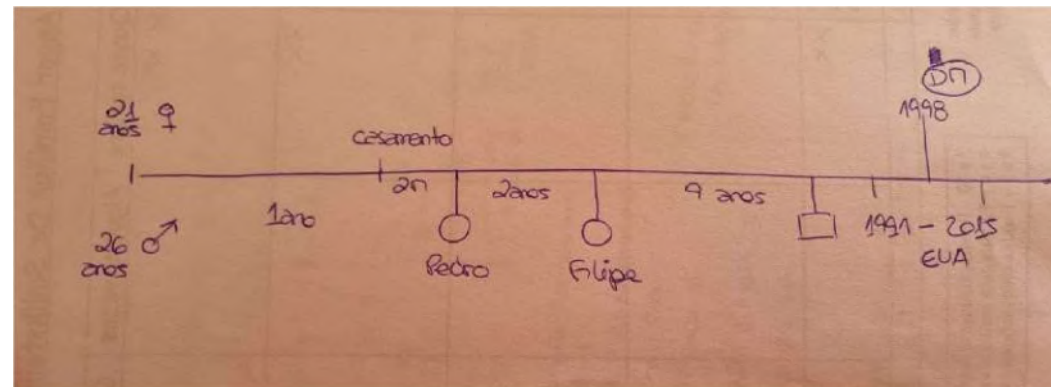
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados Sr. M e Sr.ª M. L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Cuidado Doméstico</u>	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados Sr. M e Sr.ª M. L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Recreativo</u>	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados Sr. M e Sr.ª M. L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados Sr. M e Sr.ª M. L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação – NÃO
Atividade de Diagnóstico:	Desenho da Família – Já exposto anteriormente	
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz (10.05.2023) Interação de Papéis Não Conflitual (10.05.2023)	

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 Quem é o membro com maior poder na família? Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros?	Resultados Os dois membros. Sim.

Atividade Diagnóstica do item <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica - 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?	Resultados Não Sim
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 -FACES II	Resultados Sr. M.: Coesão Familiar:4+3+3+4+4+5+4+4+5+5+5+4+5+5+4=69 - Ligada Adaptabilidade: = 5+5+5+4+3+3+5+4+4+4+2+4+1+5=54 – Flexível Tipo de Família: Moderadamente Equilibrada Sr.ª M. L.: Coesão Familiar: 4+3+4+4+3+5+4+4+5+5+5+4+5+5+4=69 - Ligada Adaptabilidade: 5+5+5+4+3+3+5+4+4+4+2+4+1+5=54 - Flexível Tipo de Família: Moderadamente Equilibrada
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Funcionalidade da Família</u>	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica Funcionalidade da Família – APGAR Familiar de Smilkstein	Resultados Apgar Familiar de Smilkstein: Família Altamente Funcional (para ambos 2+2+2+2= 10)
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional (10.05.2023)	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: • Comunicação Não Eficaz e/ou • <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional

Diagnóstico:	• Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz por Interação de Papéis Não Eficaz (4ª consulta – 10.05.2023)
Resultados Desejados	<i>Coping</i> Eficaz
Intervenções	Promover a comunicação expressiva das emoções (4ª consulta – 10.05.2023)
	Promover o envolvimento da família (4ª consulta – 10.05.2023)
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel (4ª consulta – 10.05.2023)
	Promover estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família (4ª consulta – 10.05.2023)
	Negociar estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família (4ª consulta – 10.05.2023)
Atividades que concretizam as intervenções (ACI): -Construção da “linha do tempo” do casal (Fonseca, 2022; Polleto, 2014): Foi pedido ao casal para numa linha de tempo, co construída com a minha ajuda, descreverem os principais acontecimentos na vida do casal, desde que se conheceram. Incentivar o casal a contar a sua história desde o momento em que se conheceram até os dias de hoje, incentivar a assinalar os “marcos” de crises pelas quais tenham passado, estratégias utilizadas. -Questões de <i>Coping</i> e Elogio ao Casal	
Fundamentação: Esta técnica consiste na elaboração de uma linha, demarcando temporalmente a ocorrência dos eventos importantes na família. A importância da ilustração dos eventos importantes e mais geradores de <i>stress</i> de maneira organizada ao longo da história de vida familiar é baseada em interações entre tempo e espaço, sugerindo que seres humanos representam o tempo como espaço, de maneira unificada (Bonato, Zorzi & Umiltà, 2012 como citado em Polleto et al, 2014). Esta técnica permitiu o estabelecimento de novos padrões de relacionamento e estratégias de resolução de problemas e desenvolvimento de regulação emocional e facilitou a narrativa de situações de crise da família de forma não invasiva (Polleto et al, 2014). Através da dinâmica “Linha do Tempo” do casal avaliou-se o desenvolvimento familiar, listando os acontecimentos vitais, os impactos que provocaram, correlacionando-os cronologicamente com os problemas atuais (Oliveira, 2019 como citado em Fonseca et al, 2022).	
-Dar conotação positiva ao sintoma: Explicar ao Sr. M. que a esposa guarda tudo o que de melhor tem porque quer garantir a abundância na vida de ambos. Apesar de ser a mais nova de três irmãos teve de “cuidar deles”, por ser a única filha mulher. Teve de gerir a escassez que tinham em casa durante muito tempo e por isso sentir necessidade de “guardar o que tem para ter depois”. Fundamentação: Esta técnica permitiu interromper os ciclos de feedback positivo que mantinham o problema, introduzindo maior flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua monotonia (Barbosa et al, 2022). Dando foco às causas positivas do problema, em detrimento das causas negativas, valorizou-se não o sintoma em si mas a sua relação com outros comportamentos mais importantes, para os quais ele funcionava como solução (Barbosa et al, 2022). Isto permitiu colocar os membros da família no mesmo plano e conotar positivamente a tendência	



homeostática para introduzir paradoxalmente a capacidade de transformação do sistema familiar, reenquadrando os problemas identificados, como se possuíssem uma função protetora do mesmo (Barbosa et al, 2022). O reenquadramento assim surge antes das prescrições paradoxais propositadamente, visando uma reformulação das interpretações cristalizadas, apresentando possibilidades alternativas, de uma retroação significativa na família (Torres, 1995)

-Prescrições Paradoxais:

Sugere-se à Sr.ª L. que se mantenha a fazer isso mesmo: que *“guarde tudo o que de melhor tem para os outros. Continue a usar as coisas mais usadas, com cores mais tristes, a menos especiais, de menos valor, as mais corriqueiras para si e para o seu marido!*

Fundamentação:

Para Papp (1980, p.46) esta é a técnica que *“se seguida, alcançará o oposto do que aparentemente se pretendia realizar”* (como citado em Cullin, 2005). Foram transmitidas em simultâneo duas mensagens contraditórias: a verbal em que houve uma diretiva de não mudança e a não verbal onde houve uma proposta de mudança (Palazzoli 1981, cit. por Cullin, 2005). O objetivo foi o não cumprimento propriamente dito, mas a interrupção da sequência desse comportamento sintomático (Zordan, Dellatorre & Wieczorek 2012). Foi pedido à Sr.ª L. que tornasse o comportamento inconveniente em algo deliberado, passando a ser possível o seu controlo e transformação, uma vez que quanto mais tentasse reproduzir o sintoma intencionalmente mais será incapaz de o fazer, o que iria diminuí-lo e até eliminá-lo (Lamb, 1980). Esta técnica está indicada para enfraquecer colisões familiares resistentes à mudança (West & Zarski 1983) e para ter eficácia, o real objetivo não foi revelado à família, pois diminuiria a sua eficácia (Cullin, 2005; Zordan, Dellatorre & Wieczorek 2012)

Avaliação de resultados das intervenções	24.05.2023: Sr.ª L. diz que fez exatamente o contrário do que prescrevi. Começou a usar toalhas de banho e mesa que tinha guardadas. Referiu que <i>“a princípio foi difícil, mas que rendeu boas conversas, com recordações nossas”</i> . Sentiu que se valorizava, ao marido e à relação ao fazê-lo.
Diagnóstico	<i>Coping</i> Eficaz (24.05.2023) Processo Familiar Não Disfuncional (24.05.2023)

ANEXO XII - Plano de Cuidados Individuais da Família 4

Plano de Cuidados do Sr. M:

Foco		Aceitação do Estado de Saúde (13.02.2023)
Critérios diagnósticos	Aceitação do estado de saúde comprometida se: -Consciencialização comprometida e/ou -Crenças Dificultadoras e/ou -Capacidade para participar (envolvimento) comprometida e/ou -Volição Comprometida	
	Atividade diagnóstica Averiguar: -Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde -Abandono do conceito da condição de saúde anterior -Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição -Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde -Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde -Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde	Resultados (1ª consulta 13.02.2023) -Consciencialização não comprometida -Inexistência de Crenças Dificultadoras -Envolvimento não comprometido -Volição Não comprometida
Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde não Comprometida (1ª consulta 13.02.2023)	

Foco		Gestão do Regime Terapêutico (01.03.2023)
Critérios diagnósticos	GRT Não demonstrado se: - Conhecimento Não demonstrado (Diabetes/ Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico) e/ou - Adesão Não Demonstrada (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Diabetes: -Definição da doença -Complicações do processo patológico -Sinais de hiperglicemia/ hipoglicemia -Atuação em caso de hiperglicemia/ hipoglicemia	-Definição de Diabetes do Sr.: “Doença no sangue. Perigosa se não tiver cuidado com a boca e a medicação.” -Identifica apenas algumas complicações -Sabe como atuar em caso hipoglicemia - Refere que uma das filhas é enfermeira na área da Diabetes nos EUA e lhe “dá bons conselhos”
	Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado/ Não Demonstrado	

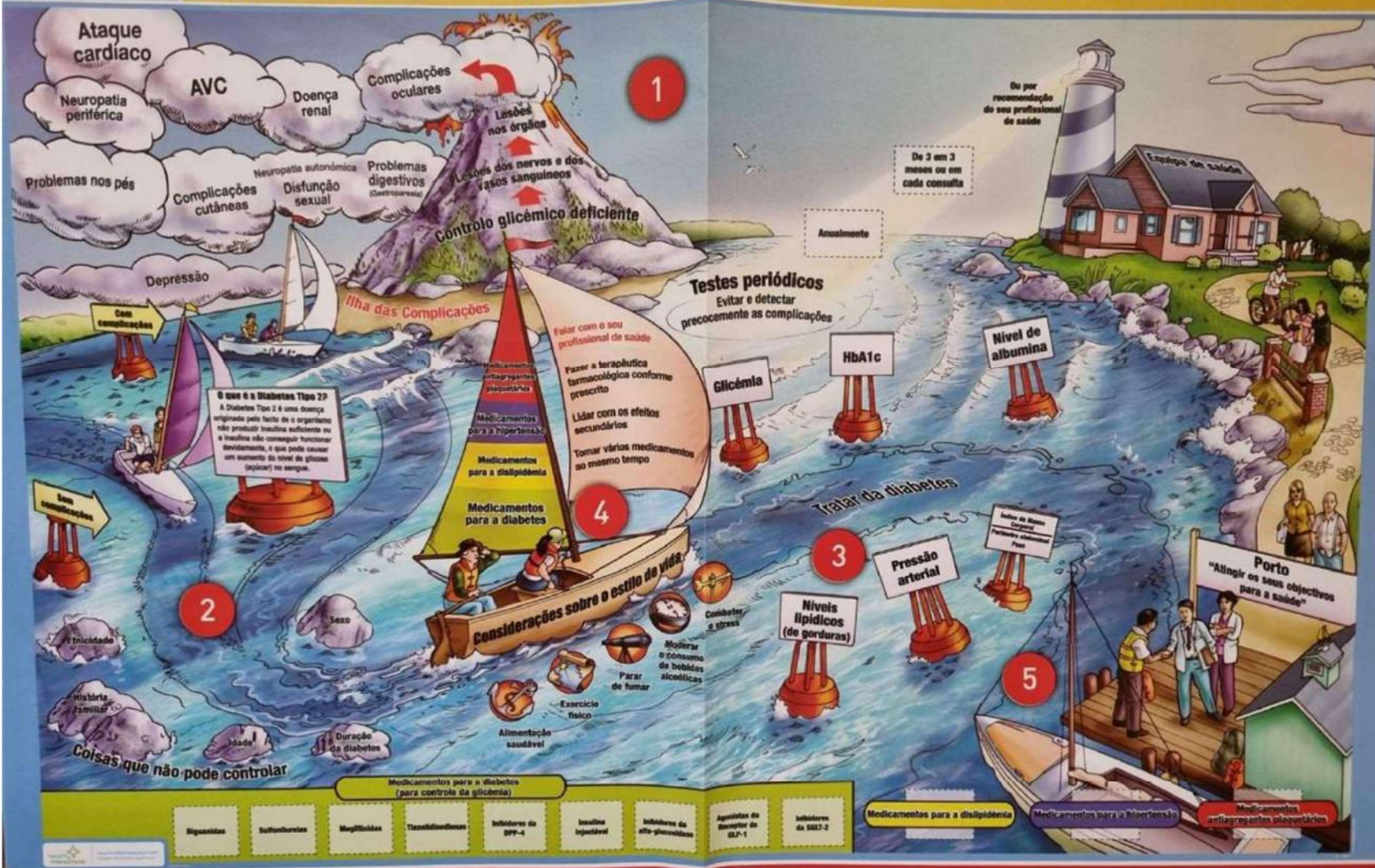
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Regime Dietético:	Resultados -Não escreve dieta recomendada (consistência, horário, quantidade) -Não descreve os alimentos adequados/ a evitar -Descreve as orientações para a preparação dos alimentos
	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica e resultados Avaliar Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso:	Resultados: -Descreve a via de administração do medicamento -Descreve o efeito pretendido com o medicamento -Descreve efeitos secundários/ interação do medicamento -Descreve o armazenamento do medicamento Edarclor 40/12,5 Jardiance 10mg AAS 100mg Metformina 1000 2vezes Artovastatina 40mg Cloreto Tróspio 20mg Esomeprazol 40mg Paroxetina 20mg
	Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre regime de Exercício Físico:	Resultados - Descreve tipo, frequência e intensidade do exercício - Descreve equipamento de proteção e segurança adequado ao tipo de exercício
Critérios diagnósticos	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento não Demonstrado: Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado (01.03.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado (01.03.2023)	
Dimensão	Adesão	
	Adesão ao Regime Dietético Demonstrado/ Não Demonstrado	
Atividade Diagnóstica	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime Dietético Averiguar se: - Explica as relações entre dieta, exercício e peso corporal -Adequa a dieta	Resultados “Ele é muito esquisito para comer. Faço uma sopa para mim e outra para ele.” EAD: Alimentação Geral: 4 dias em média EAD: Alimentação Específica: 2,57 em média

	-Explica as razões para a dieta recomendada -Lê e interpreta os rótulos dos produtos alimentares	Refeições: Pequeno-almoço: cevada+ leite+ pão simples. Ingere 3 copos vinho por dia. Utiliza adoçante. Ingere sopa com feijão, massa, arroz e batata diariamente, duas vezes por dia + prato principal com HC. Sr. L. faz duas sopas, uma para ela “como a nutricionista ensinou” e esta especial para o Sr. M, porque “<i>ele é muito esquisito com a comida, não come qualquer coisa. Tem de ser ao jeito dele.</i>” Ingere uma laranja todos os dias, conservas com regularidade. Sr. M “<i>Eu não faço dieta</i>”. Filha é enfermeira e nora é “<i>especialista em Diabetes</i>” costumam lhe “<i>dar bons conselhos</i>”.
	Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica e resultados Avaliar Adesão ao Regime Medicamentoso Averiguar se: -Providencia / adquire medicamento -Ajusta Horário e dose do medicamento -Prepara medicamento	Resultados EAD: Medicamentos:7. Escala MAT: Adesão ao Regime Medicamentoso (6+6+6+6+6+6) Providencia medicamento, prepara e ajusta o horário.
	Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime de Exercício Físico Averiguar se: -Adequa o tipo de exercício em função das necessidades/ restrições -Adequa a frequência do exercício em função das necessidades/restrições -Adequa a intensidade do exercício em função das necessidades/ restrições	Resultados EAD: Atividade Física: 0 Sr. M não faz exercício físico.
Critérios diagnósticos	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão não Demonstrada: Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada (01.03.2023) Adesão ao Regime de Exercício Não Demonstrada (01.03.2023)	
Resultados Desejados	Adesão ao Regime Dietético e de Exercício	
	Encorajar tomada de decisão	
	Incentivar comportamento de adesão	
	Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física	

	Ensinar sobre padrão de exercício
	Ensinar sobre padrão alimentar
	Ensinar sobre comportamento de adesão
	Incentivar hábitos alimentares saudáveis
	Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	-Mapa Conversação Diabetes® “Como Funciona a Diabetes” -Fisiologia -Progressão, Doença “silenciosa” -Riscos do Mau Controlo Diabetes – Complicações -Controlo da Diabetes: Alimentação/Medicação/ Exercício Físico -Metáfora: chave para o controlo DM2 -Mapa Conversação da Diabetes® “Alimentação Saudável e Atividade Física”: -Secção inferior esquerda do MCD® (1): Ensinar sobre a importância do equilíbrio entre alimentação e atividade física no controlo da DM2. Utilização da metáfora da balança para acertar no “alvo”. -Secção superior esquerda do MCD® (2): Ensinar sobre a alimentação específica na diabetes. Ensinar sobre o impacto do álcool na adição de calorias à refeição e no controlo glicémico Ensinar importância da análise dos rótulos Ensinar quantidades ideais dos alimentos (imagens mãos) -Secção inferior direita MCD® (7): Ensinar a importância de envolver a família Ensinar a importância de traçar objetivos Fundamentação: O MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física”, fornece informações sobre escolhas alimentares e tamanhos de porções, juntamente com diferentes tipos de atividade física (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017).). Cada mapa inclui seis componentes, incluindo visual, compartilhamento de informações, cartões de atividades, interação em grupo, um guia do facilitador e um cartão de estabelecimento de metas (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017; Defeudis et al, 2018).

Revisão da Sessão *Mapa de Conversação* “Como Funciona a Diabetes”

Mapa de Conversação Compreender os inúmeros factores presentes no tratamento da diabetes



Mapas de Conversação Revisão da Sessão

Mapas de Conversação Revisão da Sessão

-Mapa Conversação em Diabetes® “Compreender os inúmeros fatores presentes no tratamento da Diabetes”

-Secção canto superior esquerdo do MCD® (1):

Ensinar sobre complicações da Diabetes

Utilização da metáfora do vulcão: do mau controlo glicémico às complicações *minor* e *major* (erupção)

-Secção canto inferior esquerdo do MCD® (2):

Ensinar sobre estilos de vida saudáveis: utilização da metáfora do barco a vela/ navegação.

Ensinar sobre fatores não modificáveis: utilização da metáfora das pedras

Ensinar sobre fatores modificáveis: utilização da metáfora dos instrumentos de navegação – mapa, bússola, âncora, etc.

-Secção canto superior direito do MCD®:

Ensinar sobre equipa de saúde

Utilização da metáfora do farol.

-Secção inferior direita do MCD® (5):

Ensinar sobre controlo metabólico

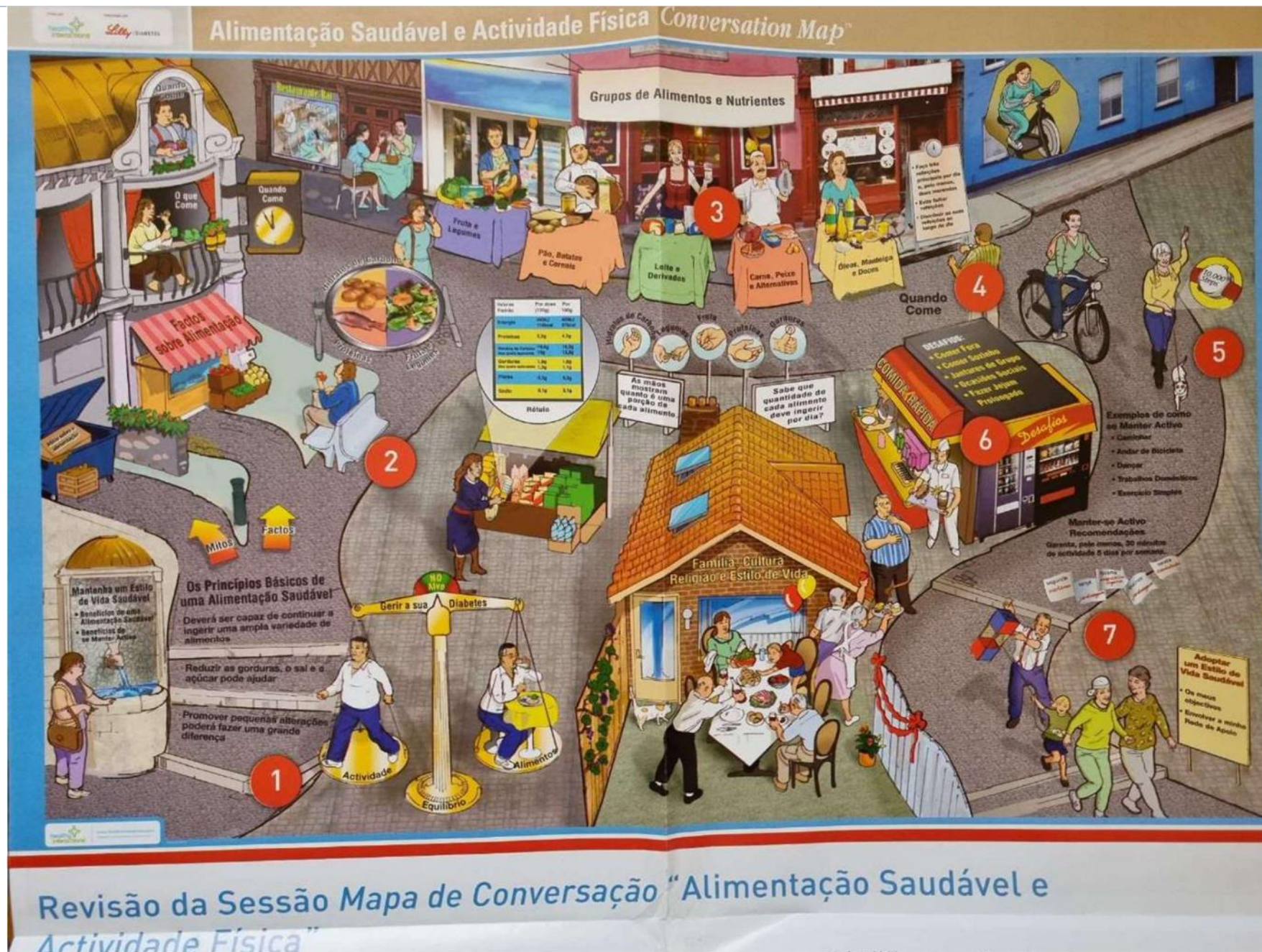
Utilização da metáfora do porto de abrigo/seguro.

Fundamentação:

As ferramentas educacionais Mapas de Conversação em Diabetes® (MCD®) são uma série de ferramentas para educação, que foram desenvolvidas em colaboração com a Federação Internacional de Diabetes (IDF) no sentido de orientar as pessoas com diabetes através num processo de compreensão e internalização de informações sobre sua doença, que possa resultar em melhores decisões e ações de autogestão (Reaney et al, 2013). O conhecimento aprimorado sobre o diabetes deve levar ao aumento do empoderamento da pessoa com diabetes, o que é essencial para alcançar mudanças no comportamento de autocuidado e no estilo de vida que, por sua vez, melhorarão os resultados clínicos (Reaney et al, 2013).

A utilização dos MCD® proporcionam um alívio do sofrimento maior, aumento da autoeficácia, e melhora da Hemoglobina glicada (HA1c) superior, quando comparados com o ensino tradicional realizado junto a indivíduos com DM2 (Ohl et al, 2019). A avaliação realizada a partir da aplicação da escala EAD antes e após a participação de indivíduos no programa educativo com MCD® resulta em diferenças significativas para as dimensões: alimentação geral e específica, atividade física, monitorização da glicemia e cuidados com os pés (Ohl et al, 2019).

Os MCD® são ferramentas interativas contendo mensagens ilustradas e orientações destinadas a educar pacientes com diabetes e seus familiares, uma vez que as mensagens são predominantemente auto-explicativas representadas em imagens, não necessita de educação formal e surtem mais efeitos do que as ferramentas de educação tradicionais (Qasim et al, 2020).



Revisão da Sessão Mapa de Conversação "Alimentação Saudável e Actividade Física"

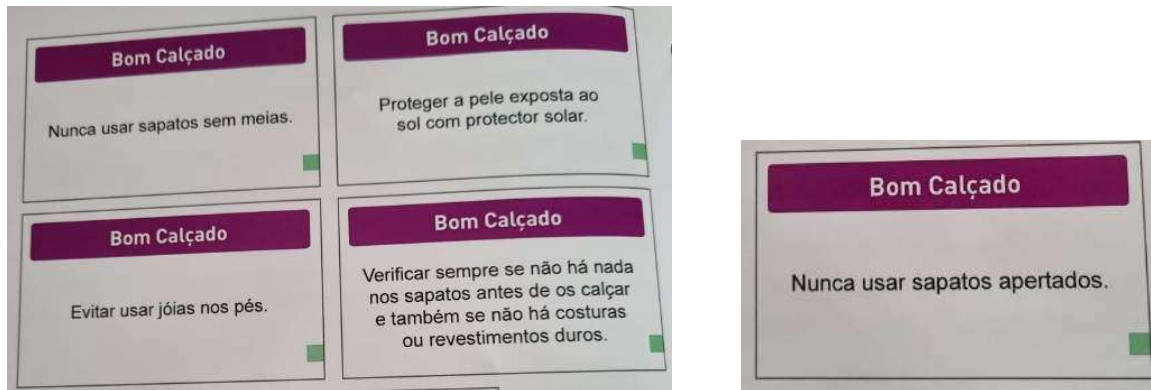
	Entrevista Motivacional: -Identificar estágio de mudança (contemplação) - Conscientizar para o problema. Complicações da Diabetes. -Explorar e ajudar a resolver ambivalências -Evidenciar razões/motivação para mudar -Favorecer a evocação das razões para a mudança -Promover desequilíbrio entre argumentos ambivalentes -Evidenciar riscos e consequências da não mudança. -Promover reflexão sobre a mudança de comportamento no passado -Reforçar autoeficácia -Promover decisão em mudar de comportamento -Promover compromisso em mudar de comportamento Fundamentação: A entrevista motivacional é considerada uma ferramenta útil e estratégica de educação em saúde para mudança de estilos de vida saudáveis, estando a sua eficácia amplamente comprovada na melhoria da adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DM2 (Menezes et al, 2022; Lima et al, 2019; Cedillo & Antunes, 2015). A EM mostra-se uma alternativa promissora que pode ser utilizada para a melhoria do comportamento alimentar de idosos diabéticos e hipertensos atendidos pelas equipas de saúde familiar (Menezes et al, 2022). Ao promover um ambiente que sustenta a autodeterminação do utente, a EM apoia o desenvolvimento de objetivos que suportem valores pessoais, permitindo a mudança para regulações mais autónomas e assegurando que o utente é capaz de individualizar/adaptar as mensagens de saúde generalistas) a si, à sua vida, aos seus condicionalismos (Silva et al, 2013).
Avaliação de resultados das intervenções	4ª consulta (10.05.2023): O Sr. M. define DM2 e as complicações do processo patológico, identifica os 3 pilares de gestão da Diabetes. 5ª consulta (24.05.2023): Sr. M identifica como deve ser a alimentação específica da pessoa portadora de DM2 e a importância da realização de atividade física. Fez alterações na dieta: sopa e reduziu quantidade de laranjas que ingere por semana.
Diagnóstico	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado (10.05.2023) Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado (24.05.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado (24.05.2023) Adesão ao Regime Dietético (05.06.2023) Médio Risco de vir a desenvolver Úlcera Diabética, por já apresentar complicações tardias, ter conhecimento não demonstrado, integridade cutânea alterada e diminuição da sensibilidade no teste com monofilamento. Refere adormecimento em ambos os pés. Pontuação EAD = 7

Foco	Auto-Vigilância (24.05.2023):	
Critérios diagnósticos	Auto-Vigilância não Demonstrada se: • Conhecimento Não demonstrado Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés • Adesão Não Demonstrada (Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento para promover auto - vigilância da glicemia capilar Demonstrado /Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento para promover a auto-vigilância da glicemia capilar	Resultados 09.06.2023): -Descreve material necessário, técnica, regularidade EAD = Nível de Adesão à Monitorização de Glicemia = Não lhe foi recomendado. Não tem glucómetro
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés	Resultados (09.06.2023): -Descreve importância de manter pés limpos, secos e hidratados e cumpre -Não descreve importância da autovigilância dos pés nem a regularidade -Não descreve parâmetros a ter em atenção na autovigilância dos pés “Ele tem muito jeito para cortar as unhas. Ele corta as minhas.”
Critérios de Diagnóstico	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar Demonstrado (24.05.2023) Conhecimento sobre autovigilância dos pés Não Demonstrado 5ª consulta (24.05.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão à Autovigilância da glicemia capilar Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância da glicemia capilar	Resultados (24.05.2023): -Não faz autovigilância da glicemia capilar de forma regular por indicação médica. Tem máquina avariada. EAD: 0 dias em média
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância dos pés	Resultados (24.05.2023): - Não faz autovigilância dos pés EAD: 5,3 dias em média. Lava e seca os pés diariamente, mas não tem a prática de os observar.
Critérios de Diagnóstico	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão à Autovigilância da Glicemia Capilar Não Demonstrada (24.05.2023) Adesão à Autovigilância dos pés Não Demonstrada (24.05.2023)	

Diagnóstico	Auto-vigilância não Demonstrada (24.05.2023)
Resultados Desejados	Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre autovigilância dos pés (24.05.2023) Incentivar tomada de decisão (24.05.2023) Encorajar tomada de decisão (24.05.2023) Incentivar comportamento de adesão (24.05.2023) Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física (24.05.2023) Ensinar sobre comportamento de adesão (24.05.2023) Incentivar hábitos alimentares saudáveis (24.05.2023) Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz (24.05.2023) Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé (24.05.2023)
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	-Mapa de Conversação em Diabetes® “A Diabetes e os Cuidados com os Pés” Secção superior esquerda do MCD® (1): Ensinar sobre como prevenir complicações nos pés Secção central do MCD® (2): -Ensinar sobre a importância de examinar os pés diariamente -Como observar e o que procurar no exame diário dos pés -Dar cartões e pedir para analisar e descrever se já encontrou este tipo de achados. Em caso afirmativo questionar o que fez. -Pedir para o Sr. J. fazer o auto-exame do pé em 15 minutos. Grid of 6 cards showing foot conditions to look for: - Nódoas negras - Calosidades (peles endurecidas) - Golpes e pele estalada ou seca - Deformidades e inchaço - Descoloração e vermelhidão - Infecções fúngicas, vulgarmente conhecido como "pé de atleta" (Tinha) Grid of 5 cards showing foot conditions to look for: - Partes quentes ou frias - Unhas encravadas - Unhas endurecidas - Pele mirrada e esbranquiçada pela água - Feridas, bolhas e úlceras

Secção inferior central MCD® (4):

- Analisar a imagem da sapataria. Ensinar sobre calçado.
- Distribuir cartões relativos ao “bom calçado” e proteção dos pés. Análise.



Secção superior direita do MCD® (5):

- Ensinar sobre procura dos serviços de saúde.
- Ensinar sobre o exame de avaliação do risco de úlcera diabética.
- Realizar exame de avaliação do risco de úlcera diabética.

-Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé: Baixo Risco – ausência de sinais de neuropatia, isquemia, úlcera ou antecedentes de amputação anterior. Deve manter-se em vigilância anual.

Avaliação de resultados das intervenções

Final 5ª consulta – (24.05.2023):

- Compreende importância da autovigilância dos pés
- Refere cuidados a ter com os pés
- Refere como proteger os pés e as características do “bom calçado”
- Refere como fazer o auto-exame dos pés e com que periodicidade
- Refere quando deve recorrer aos serviços de saúde
- Refere a importância de realizar a avaliação de risco de úlcera diabética
- Pretende iniciar autovigilância dos pés.

Diagnóstico

Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado (final consulta (24.05.2023))

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.

Mapa de Conversação A diabetes e os cuidados com os pés



A Diabetes e os Cuidados com os Pés Diabetes Mapas de Conversação Revisão da Sessão

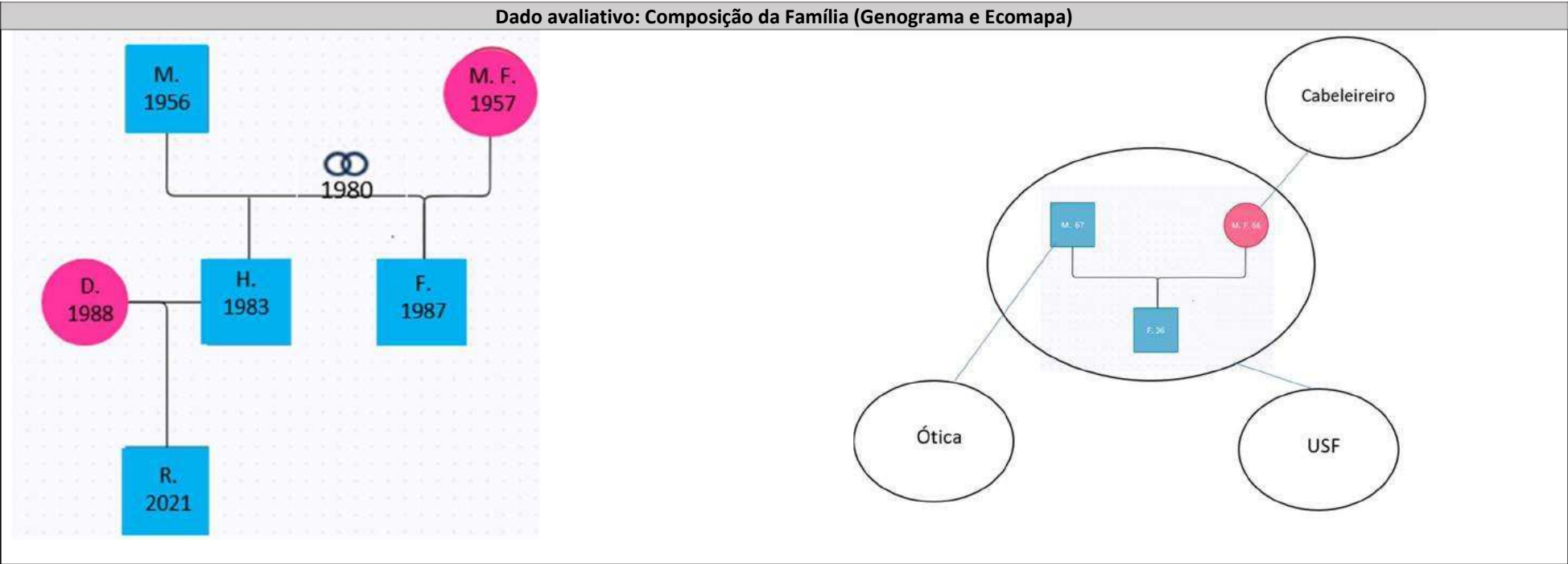
Foco	Risco de Diabetes (15.03.2023) Sr.ª M.L.	
Critérios diagnósticos	O Risco de vir a desenvolver Diabetes tipo 2 dentro de 10 anos é: -Baixo – se pontuação escala <7 pontos -Ligeiro - se pontuação escala 7-11 pontos -Moderado – se pontuação escala 12-14 pontos - Alto - se pontuação escala 15-20 pontos - Muito Alto - se pontuação escala > ou igual a 20 pontos	
Atividade diagnóstica	Avaliar o Risco da Sr.ª M.L. vir a Desenvolver Diabetes tipo 2	Resultados: Idade – 4 pontos IMC < 25– 0 ponto Perímetro Abdominal – > 80 e < 88 - 3 pontos Prática de Exercício – Não - 2 pontos Consumo de vegetais e fruta – diário – 0 pontos Medicação para HTA – não – 0 pontos Alguma vez teve o nível de glicose alto – não – 0 pontos Familiares com DM2 – não – 0 pontos = 9 pontos
Diagnóstico	Risco Ligeiro (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2	
Resultados Desejados	Que o Risco de DM2 passe a ser BAIXO	
Intervenções Sugeridas	Incentivar comportamento de adesão (15.03.2023) Encorajar tomada de decisão (15.03.2023) Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física (15.03.2023) Ensinar sobre padrão de exercício (15.03.2023) Ensinar sobre padrão alimentar (15.03.2023) Ensinar sobre comportamento de adesão (15.03.2023) Incentivar hábitos alimentares saudáveis (15.03.2023) Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz (15.03.2023)	
Avaliação do Resultado das Intervenções	Avaliar o Risco de Diabetes Tipo 2	
Diagnóstico	Risco Ligeiro (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2 (09.06.2023) (4+0+3+0+0+0+0 = 7 pontos). Diminuição da pontuação por início de atividade física.	

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.

ANEXO XII - Plano de Cuidados da Família 5

1º contacto – 14/02/2023 Sr. M. + Sr.ª M.F. na USF (duração: 2h00) <u>Objetivos:</u> -Apresentar o Projeto. Obter consentimentos verbais dos participantes. -Avaliar a família segundo a dimensão estrutural do MDAIF -Realizar Genograma e Ecomapa da Família -Preencher Graffar Adaptado -Identificar forças e recursos na família -Avaliar necessidade em cuidados dos membros da família -Avaliar o <i>Coping</i> Familiar -Avaliar e intervir na Aceitação do Estado de Saúde do Sr. J.: uso de MCD® “Viver numa Família com DM2”	2º contacto – 21/3/2023 Sr. M. + Sr.ª M.F. na USF (duração: 1h30 horas) <u>Objetivos:</u> - Intervir ao nível do <i>Coping</i> Ineficaz: - Promover estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família - Negociar estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família -Avaliar o Papel Parental -Intervir ao nível da Aceitação do Estado de Saúde do Sr. J. através da análise do genograma da sua família de origem	3º contacto – 03/04/2023 Sr. M. + Sr.ª M.F. na USF (duração: 2h00) <u>Objetivos:</u> -Intervir ao nível do <i>Coping</i> Ineficaz: - Promover estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família - Negociar estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família -Avaliar Satisfação Conjugal e Interação de Papeis -Avaliar e intervir na Gestão do Regime Terapêutico -Preencher EAD com Sr. M. -Intervir ao nível do diagnóstico Conhecimento DM2 não demonstrado através do uso de MCD® Como Funciona a Diabetes” -Avaliar Risco de DM2 da Sr.ª M. F.
4º contacto – 18/04/2023 Sr. M. + Sr.ª M.F. na USF (duração: 2h15) <u>Objetivos:</u> -Avaliar Aceitação do Estado de Saúde e <i>Coping</i> Familiar -Preencher Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, APGAR Familiar e FACES -Intervir ao nível da Relação Dinâmica Disfuncional e Interação de Papéis não eficaz (exceção /reenquadramento/elógio) -Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime Dietético não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física+ Rituais Familiares -Realizar Entrevista Motivacional ao Sr. M.	5º contacto – 16/05/2023 Sr. M. + Sr.ª M.F. na USF (duração: 2h15) <u>Objetivos:</u> --Avaliar Aceitação do Estado de Saúde e <i>Coping</i> Familiar -Intervir ao nível do Abuso do Tabaco através do uso do MCD® “Compreender os inúmeros fatores presentes no tratamento da DM” + Entrevista Motivacional+ Externalização	6º contacto – 30/05/2023 Sr. M. + Sr.ª M.F. na USF (duração: 1h15) <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções implementadas. -Avaliar e intervir ao nível da Autovigilância dos Pés não demonstrada através do MCD® “Diabetes e os Cuidados com os pés” -Obter feedback do casal quanto ao projeto

A - DIMENSÃO ESTRUTURAL



Composição Familiar: Composição Familiar: Sr.M; Sr.ª M. F.

Tipo de Família: Nuclear

Etapa ciclo vital: Família com Filhos Adultos

O Sr. M e a Sr.ª M.F. têm contacto telefónico diário com ambos os filhos e presencialmente uma vez por semana. Contactam ainda com família extensa diariamente e via grupo WhatsApp (irmãos, cunhados, sobrinhos). A funções destes contatos são de apoio emocional;

companhia e regulação social. Em termos de sistemas mais amplos, o Sr. M. tem contato com a sua equipa de trabalho, na sua ótica, a esposa com a sua equipa, no seu cabeleireiro e ambos com a USF, para consultas médicas e de enfermagem.

Sr. M.	Sr.ª M. F.
DM2, Excesso peso, Dislipidemia, Gota, Fumador	HTA, Fumadora, excesso peso
Diagnóstico de DM2 desde 2010	140/90mmHg
PNV atualizado até 04/2024	PNV atualizado até 11/2023
HbA1C- 8,2 mg/dl	Amlodipina+ telmisartan 5/80 + Artovastatina 10mg + AAS 150mg
150/82mmHg	Alto Risco de Vir a Desenvolver Diabetes

Habitação: Graffar C.Duval Tipo de Família: Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo: 14-02-2023

Tipo de alojamento

Alojamento móvel
Apartamento
Barraca/casebre
Desconhecido
Hotel/pensão
Instituição
Moradia
Outro
Quarto/parte de casa

Regime de ocupação

Desconhecido
Outro
Própria

Tipologia

T0
T1
T2
T3 ou mais

Salubridade da zona residencial

Insalubre
Salubre

Estado geral de conservação

Bom
Desconhecido
Mau

Conforto

Bom
Desconhecido
Mau

Mobiliário e equipamento básico

Insuficiente
Suficiente

Casa de banho

Fora do alojamento
Inexistente
No alojamento

Aquecimento

Central
Desconhecido
Local
Nenhum

Higiene

Boa
Desconhecida
Má
Desconhecido

Electricidade

Desconhecido
Não
Sim

Barreiras arquitectónicas

Desconhecido
Não
Sim

Água

Não
Sim

Distribuição

Desconhecido
Fontenário a - de 100m de casa
Fontenário a + de 100m de casa
Fora do alojamento
No alojamento

Origem

Particular
Rede pública

Água no interior

Água no exterior

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

Classe Social

MÉDIA ALTA

Foco		A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar		- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) grau 3 - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Ambos ainda trabalham: Sr. M. optometrista e Sr.ª F. cabeleireira, dona de um salão.
Critérios diagnósticos		Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> E Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico		(1ª consulta - 14.02.2023) Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco		A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial		- Tipo de Habitação :2 - Conhecimento <u>Demonstrado</u> sobre riscos de edifício - Higiene da Habitação Presente - Conhecimento Demonstrado sobre governo da casa
Critérios diagnósticos		<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico		(1ª consulta - 14.02.2023) Edifício residencial Seguro

Foco		A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança		- Existência de Barreiras arquitetónicas - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas - Existência Aquecimento: aquecedor e conhecimento sobre utilização de equipamento. - Existência de <u>Abastecimento de gás (canalizado)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização+80 de abastecimento de gás.
Critérios diagnósticos		<u>Prevenção de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico		(1ª consulta - 14.02.2023) Prevenção de Segurança Demonstrada

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência <u>Abastecimento de água</u> rede pública, canalizada - Conhecimento Demonstrado sobre o controle da qualidade - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 14.02.2023) Abastecimento de Água Adequado

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	Ausência de <u>Animal doméstico</u>
Critérios diagnósticos	Animal doméstico negligenciado , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 14.02.2023) Não se adequa

F- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

*Nota: fazendo parte da dimensão desenvolvimento o **planeamento familiar** e a **adaptação à gravidez** não são avaliados porque não se aplica à etapa desenvolvimental em que esta família se encontra.

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	B.1.1.1- Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala e circulares: -- Qual é a vossa situação laboral? — Como dividem/partilham as tarefas domésticas? — Que percentagem de tarefas domésticas costuma fazer? — Sentem-se satisfeitos com a forma como partilham/dividem as tarefas domésticas? De 1 a 10, quanto? — Já conversaram sobre a divisão de tarefas domésticas entre vocês? — A que conclusões chegaram? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Resultados (3ª consulta - 03.04.2023): -Sr.ª M.F: Não satisfação com a partilha das tarefas domésticas “ <i>Eu trabalho como ele, e ainda tenho que fazer tudo em casa.</i> ” Nível de satisfação:2. Já tentou conversar sobre isso, sem resultados. Resultados (3ª consulta - 03.04.2023): -Sr. M.: Satisfação com a partilha das tarefas domésticas, nível 9. “ <i>Eu fazia as tarefas em casa, tantas como a minha esposa porque trabalhamos os dois. A questão é que ela andava sempre atrás de mim refazer o que eu já tinha feito porque acha que não fiz as coisas bem. Então decidi parar de fazer as coisas.</i> ”
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares, de Escala: — Que tempo reservam para estarem juntos e a sós? — Que tempo de qualidade estiveram juntos, a dois, na última semana? — Está satisfeito(a) com o tempo que passam juntos? — Como qualificaria o tempo que passam juntos? — Que importância tem o tempo que passam juntos? — Na sua opinião, o tempo que passam juntos deveria aumentar ou diminuir? — Expressou a sua opinião sobre o tempo que passam juntos ao parceiro? — Que atividades recreativas gosta de partilhar com o seu parceiro? — Têm interesse em passatempos comuns? — Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos? — Que atividades gosta de realizar sozinho(a)? (perguntar individualmente) — Está satisfeito com o tempo para as atividades individuais? — Na sua opinião, esse tempo deveria aumentar ou diminuir? — Que opinião têm sobre os interesses/passatempos do vosso parceiro? — Que tarefas/atividades considera que vos retira tempo para estarem juntos? — É possível alterar o tempo que gasta nelas? — Como poderia fazer para contornar isso?	Resultados (3ª consulta - 03.04.2023): Satisfação de ambos os membros do casal com o tempo que estão juntos -Sr.ª M.F.: “ <i>Passamos pouco tempo juntos, apenas ao final do dia porque ainda trabalhamos, mas a saudade apimenta a relação. Aos fins-de semana aproveitamos o tempo juntos e é bem passado, fazendo coisas que ambos gostamos. Estamos bem a esse nível</i> ” -Sr. M.: “ <i>Mesmo assim temos tempo para nós e para estar em casal. Isso é importante. Eu gosto de estar com a M. L. mas também gosto e preciso de jogar o meu futebol às segundas e quintas-feiras.</i> ”

Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala: — Costuma conversar com o seu parceiro sobre os seus sentimentos? — Como reage quando o seu parceiro expressa o que sente? — Está satisfeito(a) com a forma como expressam o que sentem um ao outro? De 1 a 10 quão satisfeitos está? — Sente que o seu/sua parceiro(a) compreende os seus sentimentos? — Sente que o seu/sua parceiro(a) expressa os seus sentimentos de forma adequada? — De que forma costuma mostrar ao seu/sua parceiro(a) o que sente? — Costumam guardar para si o que sente em determinado momento? — Costuma chamar a atenção do parceiro para comportamentos que considerara desadequados? Como o faz? — Como reage o seu parceiro quando expressa comportamentos dele que não gostou? — E como reage quando o seu parceiro faz o mesmo acerca dos seus comportamentos? — Sente que o seu parceiro o(a) aceita totalmente, incluindo defeitos e virtudes? — Com quem realmente contam para se sentirem mais relaxados, quando estão tensos ou sob pressão? — Sentem que podem realmente contar com o parceiro quando precisam de ajuda? Resultados (3ª consulta - 03.04.2023) -Sr. M. e Sr.ª F. satisfeitos com a forma como cada um expressa os sentimentos, nível 9, ambos. -Sr.ª M.F.: <i>“Nestes 43 anos de casados aprendemos a expressarmo-nos melhor. Nem sempre foi assim, melhoramos muito. É uma construção a dois. Conversamos sempre ao final do dia e falamos do que sentimos”</i> -Sr. M.: <i>“É como a M.L. disse melhoramos muito nesse ponto, todos estes anos de casados ajudaram muito nisso. Hoje em dia ambos temos mais facilidade para conversar sobre o que sentimento do que há anos atrás.”</i>	
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida por: • Relação dinâmica disfuncional	
Subdiagnóstico	(3ª consulta - 03.04.2023) Relação dinâmica Disfuncional (Não Satisfação do casal com a partilha das tarefas domésticas)	
Resultados Desejados	Satisfação do casal com a partilha das tarefas domésticas	
Intervenções Sugeridas	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas (3ª consulta - 03.04.2023)	
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas (3ª consulta - 03.04.2023)	
	Promover a comunicação do casal (3ª consulta - 03.04.2023)	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI): Definição do problema e Identificar os ciclos de feedback positivo que mantêm os problemas: - Questões circulares. Questionar a Sr. F. sobre o que acha do que o marido disse sobre fazer muitas tarefas domésticas em casa e ela ir atrás refazer tudo. -Questiono o Sr. M o que achou da resposta da esposa? Peço que me dê exemplos de tarefas que fazia e a esposa refazia.		- A Sr.ª F. diz que não é bem assim. Que isso só acontecia algumas vezes. Fica triste por saber que o marido tem essa opinião sobre ela. -Sr. M. dá como exemplos: <i>“aspirar a casa, limpar o pó, limpar casas de banho, arrumar as compras, dobrar e arrumar a roupa, etc.”</i>

Procura da Exceção: -Peço que a Sr. F. me diga que tarefas o Sr. M faz bem e ela não tem necessidade de refazer. -Peço ao Sr. M que dê exemplos de tarefas que fazia e a esposa não refazia.	-Sr.ª F. identifica: <i>“Levar o lixo à rua, lavar o carro, regar as plantas, desinfetar as compras que chegam do mercado, por as roupas sujas no cesto”.</i> -Deu os mesmos exemplos da esposa.
Fundamentação: As questões sobre as exceções inquiram o utente/família sobre as situações em que o problema está ausente ou é menos intrusivo, levando-o a contemplar como significativas as soluções que pode já ter começado a construir e que então percebe que pode ampliar (Shazer <i>et al.</i>, citado por Trepper <i>et al.</i> 2006). É importante explorar as exceções até conseguir uma boa descrição das mesmas, em termos comportamentais e concretos. Desta forma podemos co-construir exceções intencionais que se caracterizam, não apenas por situações em que o problema não ocorre, mas, por situações em que a pessoa consiga identificar a forma como agiu para que se torne replicável no futuro (Beyebach, 2014).	
Procurar padrões: -Questiono que atividades a Sr.ª F. costuma deixar o neto R. de 2 anos fazer em casa? -Vê alguma semelhança no tipo de atividades “que permite” ao seu marido e ao seu neto? -O que aconteceria se a Sr.ª F. refizesse todas as atividades que o neto R. fizesse? -Então o que costuma fazer?	-Sr.ª F. diz que incentiva o neto a arrumar os brinquedos, separar itens para tomar banho, ir buscar água, regar plantas, pôr roupa suja no cesto, por lixo no caixote. -Sim, são simples...semelhantes... (olha para baixo, como que envergonhada) - “Isso não podia ser! Se eu fosse refazer tudo o R. não ia querer fazer mais nada! Ia ficar chateado comigo e nunca mais me ajudava em nada em tinha iniciativa! Porque eu quero é que o R. faça as coisas, bem ou mal...é sempre um processo de aprendizagem. Fico muito feliz com o que quer que ele faça. Ele não sou eu...não posso ser exigente...” (diz isto e arregala os olhos...) -Incentiva-lo e elogia-lo sempre que faz alguma atividade, é muito importante ele sentir-se acolhido e validado...
-Técnica do Reenquadramento: Determinar as regras que suportam as interações: -Questionar Sr. M. porque acha que a Sr.ª F refazia as tarefas que ele fazia? -Questionar o que a Sr.ª F porque acha que o Sr. M fazia tantas tarefas domésticas antes? E porque deixou de as fazer? Encontrar uma forma de mudar essas regras: -Questionar quais as estratégias que poderiam identificar juntos para terminar o ciclo de feedback positivo?	- Sr. M. diz que a esposa refazia tudo, porque procurava a perfeição em tudo... Que a forma de ela mostrar que o amava, ainda que de uma forma estranha, era fazer tudo sempre o mais perfeito em casa. -Sr.ª F diz que o marido fazia as tarefas porque queria dividir o trabalho pelos dois, porque a respeitava, sabia que ela também trabalhava todo o dia fora... <i>“Deixou de as fazer para não alimentar as nossas discussões sobre estes assuntos e desgastar a relação...”</i> -Sr. M disse que voltaria a fazer as atividades iniciais que a esposa não refazia e recomeçar a fazer as outras atividades.

	-Sr.ª L. comprometeu-se a incentivar o marido a fazer as atividades domésticas e elogiar sempre que possível, não refazendo em seguida.
Fundamentação: Ao reenquadrar determinada problemática espera-se que sejam vistas novas perspetivas, sendo estas mesmas, vistas como um método facilitador de resolução da mesma. Ao ser apresentado o problema de uma forma diferente, não se espera que os membros da família deixem de considerar a situação um problema, mas sim procura-se auxiliar os mesmos a encontrarem meios de o contornar e resolver. Segundo Relvas (1996), o reenquadramento consiste na apresentação de uma nova versão do problema, alternativa e imprevisível, cujo objetivo é uma mudança de sentido ou de significado. Consiste em interromper os ciclos de feedback positivo que mantêm o problema, introduzindo maior flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua monotonia. Através desta técnica é permitida uma alteração da atribuição do problema a causas negativas para causas positivas, ou seja, auxiliai os elementos da família a associarem aquele comportamento /ação a algo positivo no sentido da harmonização das relações familiares entre os demais elementos. (Relvas, 1996) Pretende-se assim descentrar do problema e o contextualizar nas interações familiares, atribuindo-lhes significados relacionais. O objetivo é o reenquadramento, com redefinição da realidade terapêutica, tanto do problema como das potenciais soluções. (Gouveia-Pereira & Miranda, 2022).	
Elogio à Família e aos indivíduos pela capacidade de aquisição de uma nova visão sobre os problemas e consequentemente novas opções de resolução Fundamentação: Segundo Wright & Leahey (2002, p.159) “as famílias que interiorizam os elogios das enfermeiras parecem mais recetivas a outras intervenções terapêuticas que venham ser oferecidas”.	
Avaliação de resultados das intervenções -Questionar sobre satisfação com a divisão de tarefas domésticas	Data (4ª consulta) - Sr. M. tem feito atividades como Levar o lixo à rua, lavar o carro, regar as plantas, desinfetar as compras que chegam do mercado, por as roupas sujas no cesto.
-Questionar sobre satisfação com a divisão de tarefas domésticas	Data (5ª consulta) -Sr. M voltou a fazer todas as atividades domésticas que fazia antes. Sr.ª F. para além de não refazer as tarefas elogia quando realiza algumas delas.
-Questionar sobre satisfação com a divisão de tarefas domésticas	Data (6ª consulta) - Sr. M mante-se a fazer todo o tipo de tarefas. Sr.ª M não refaz nenhuma delas, elogia e utiliza o humor como recurso quando acha que as tarefas poderiam “estar mais perfeitas”. Riem juntos e “sentem-se mais leves quanto a esta temática” e satisfeitos.
Diagnóstico: Relação dinâmica Funcional / Satisfação Conjugal Mantida (30.05.2023)	

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	
	Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala e Circulares: — Têm facilidade em expressar um ao outro as vossas expectativas e receios? — Com quem costumam partilhar os vossos sucessos e fracassos?	Resultados (3ª consulta - 03.04.2023): O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um.

<u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	— Sente que as suas expectativas/receios são semelhantes às do seu/sua parceiro(a)? — Na última semana, quantas vezes confidenciaram um ao outro os vossos problemas? — Costuma ouvir com atenção as preocupações do seu/sua parceiro(a)? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro é compreensivo? — Na sua opinião, é compreensivo(a) com o seu/sua parceiro(a)? — Como poderia melhorar a sua disponibilidade no sentido de uma melhor compreensão? — Que importância atribui aos aspetos da comunicação, empatia e compreensão entre um casal? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Sr.ª M.F.: “<i>Costumamos conversar sempre ao final do dia, ter sempre o nosso momento a dois. ‘Falamos dos sucessos, fracassos, problemas e alegrias. Partilhamos tudo um com o outro.’</i>” Sr. M.: “<i>Concordo com a minha esposa, somos compreensivos um com o outro.</i>”
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares, de Escala e Circulares: — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto leva em consideração a opinião do seu/sua parceiro(a)? E quanto considera que deveria ser? — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto o seu/sua parceiro(a) leva em consideração a sua opinião? E quanto considera que deveria ser? — Descreva um episódio de discordância de opiniões entre vocês e como geriu a situação. — Costumam ter opiniões semelhantes sobre alguns assuntos? — A discordância de opiniões, usualmente, é sobre que temas? — Consegue expressar a sua opinião livremente, sem medo de represálias do(a) parceiro(a)? — Na sua opinião, há um padrão de concordância/discordância sistemática entre vocês? — Costuma fingir ter a mesma opinião do seu parceiro(a), para evitar discussões? — Numa semana, quantas vezes estão em discordância de opiniões? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro(a) expressa opiniões contrárias às suas propositadamente? — Quando é necessário tomar uma decisão, pedem a opinião um do outro? — Quando as divergências surgem costumam fazer cedências? — Tentamos sempre solucionar os problemas em conjunto. Concorda? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Resultados (3ª consulta - 03.04.2023): O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião. Referem levar em consideração a opinião um do outro a 100%. Discordam muito pontualmente, em questões pequenas. Sr.ª M. F. – “<i>Temos os mesmos valores, somos parecidos, gostamos das mesmas coisas.</i>” Sr. M. – “<i>É raro discutirmos. Conversarmos todos os dias ajuda a que não fique nada por resolver. Havendo respeito tudo pode ser dito e pautamo-nos pelo amor e respeito.</i>”
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala e Circulares: — Costumam ter momentos de diálogo enquanto casal? — Está satisfeito(a) com a forma como comunicam enquanto casal? — Como qualifica a comunicação entre vocês? Como gostaria que fosse? — Na sua opinião, comunicam entre vocês, de forma eficaz? — Como poderia melhorar a forma como comunica?	Resultados (3ª consulta - 03.04.2023): Satisfação com o padrão de comunicação do casal Sr.ª M.F. – Satisfeita nível 9 em 10. “<i>Conversamos muito. Temos uma excelente comunicação enquanto casal. Nenhum de nos é mandão ou agressivo física ou verbalmente, somos carinhosos um com o outro.</i>”

	— Sobre que tipo de assuntos costumam conversar enquanto casal? — E sobre que assuntos evita conversar? — Que assuntos gostaria de abordar com o seu parceiro? — Quando conversam estão a sós? — Quando acontece algo muito bom/mau, a quem conta primeiro? — Costumam telefonar/enviar mensagens um ao outro ao longo do dia? — Considera que têm a capacidade de comunicar e compreender o outro, sem falar? — Na sua opinião, a comunicação entre os dois é importante? — Na sua opinião, costumam discutir? Em média, numa semana, quantas vezes discutem? — Costumam elogiar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) elogia? — Costumam criticar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) critica? — Costumam conversar sobre a relação? — Que estratégias usa para fazer as pazes após uma discussão? — O meu parceiro, por vezes tem um comportamento inadequado comigo. Concorda? — Quando combinam algo entre vocês ambos seguem o acordado? — Costuma ser verbalmente agressivo(a) com o outro? E fisicamente? — “O meu parceiro é mandão”. Concorda? — Quem costuma iniciar uma conversa a dois? Quem costuma por um ponto final nas conversas? — Quem é mais falador? — Considera o seu/sua parceiro(a) como confidente? — Que importância atribui à capacidade de serem confidentes na vida? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Sr. M. - Satisfeito nível 9 em 10. <i>“Durante o dia namoramos pelo WhatsApp e ligamos um ao outro. Somos eternos namorados! Discutimos muito pontualmente só em assuntos mais polémicos.”</i>
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Eficaz (3ª consulta - 03.04.2023)	

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	As dimensões Interação Sexual e Função Sexual não foram avaliadas.
	B.1.3- Função Sexual	Neste casal a prioridade estabelecida foi a relação dinâmica do casal, pelo que se optou por não abordar assuntos relacionados com a sexualidade do casal, uma vez que também a relação terapêutica ainda é recente. Quando abordadas as complicações da Diabetes foi nomeada a Disfunção Sexual e quando questionado o Sr. M. não mencionou sofrer deste tipo de complicação. Quando abordada esta questão o casal não quis desenvolver o assunto, não direcionando o diálogo neste sentido. Estas dimensões deverão ser avaliadas futuramente pela enfermeira de família, após as questões de comunicação estarem resolvidas e a Comunicação do casal passar a ser Eficaz.

Foco			B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão			B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental		Resultados (2ª consulta - 21.03.2023): Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental
		Atividade diagnóstica -Está satisfeito com a sua relação com as vossas filhas? (atentar na resposta dos dois) -Exerce o papel de mãe de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas das vossas filhas? -Exerce o papel de pai (depende do termo que utilizarem) de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas das vossas filhas? -Considera ter uma relação com as vossas filhas de adulto para adulto? (avaliar o respeito pela individualidade)		
Dimensão			B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto		Resultados (2ª consulta - 21.03.2023): Redefinição das relações com os filhos – relações adulto-adulto demonstrada Sr.ª M.F. – “Estamos muito felizes pelos nossos meninos. Agora já os tratamos como adultos que são”. Sr. M – concorda com a esposa “Não nos metemos na vida deles. Se pedirem opinião ou ajuda estamos sempre prontos para eles.”
		Atividade diagnóstica (Questões Lineares, de Escala): -Como encaram o facto dos vossos filhos serem adultos, pais de família? -Como era a vossa relação antes de ele sair de casa? E agora? -Com estas alterações de vida têm conseguido redefinir a vossa relação com os vossos filhos, de adulto para adulto? -Qual acham que é a opinião dos vossos filhos sobre a vossa relação com eles, enquanto pais? Qual o motivo? -Atualmente costumam interferir na vida das vossas?		
Atividade Diagnóstica do item	Inclusão na família dos parentes por afinidade enetos	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos		Resultados (2ª consulta - 21.03.2023): Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos Sr.ª M. L- “Damo-nos bem com as nossas noras e amamos muito o nosso neto!”
		Atividade diagnóstica (Questões Lineares, de Escala): - Como encaram o facto das vossas filhas construírem as suas próprias famílias? - Com que idade construíram a vossa família? - Qual a vossa relação com as vossas noras? Qual a vossa opinião sobre elas? - Como é a vossa relação com o vosso neto? Qual a vossa opinião sobre ele?		
Atividade Diagnóstica do item	Satisfação com o contacto mantido	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido		Resultados (2ª consulta - 21.03.2023): Satisfação com o contacto mantido. Têm contacto telefónico diário com ambos os filhos e presencialmente uma vez por semana.
		Atividade diagnóstica (Questões Lineares, de Escala): -Que tipo de contato têm com os vossos filhos? -Estão satisfeitos com esse padrão?		
Atividade Diagnóstica do item		B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)		Resultados (2ª consulta - 21.03.2023):
		Atividade diagnóstica (Questões Lineares, de Escala): -Como era a vossa relação com as vossas filhas anteriormente?		

Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	-O que mudou? -Estão satisfeitos com o tipo de relação que têm atualmente? E com as vossas noras? -Acham que os vossos filhos estão satisfeitos com o tipo de relação que têm convosco?	Satisfação com a relação mantida com os filhos e noras. Sr. M. <i>“Sempre nos demos muito bem com os nossos filhos e isso não mudou. As relações vão mudando, mas pela idade deles.”</i> Esposa concorda.
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Existência de consenso do papel	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.4 – Conflito do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de conflitos de papel	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel SIM	
Dimensão	B.7.5 – Saturação do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de saturação do papel	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel NÃO	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel parental adequado (2ª consulta - 21.03.2023)

E- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente
SIM
NÃO X

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe – 12+11= 25 pontos- Menor probabilidade de incidência de doenças

Foco	C.2- Processo Familiar

Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	Sendo que a família corresponde a um casal, as questões de comunicação já foram abordadas na dimensão comunicação de casal, anteriormente.

Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica 19. Quem na família expressa mais os sentimentos? 20. Quem tem iniciativa para os resolver? 21. Existe discussão sobre os problemas na família 22. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas 23. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas 24. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	Resultados 19. Sr.ª F. 20. Ambos 21. Não 22. Não 23. Não 24. Sim Apesar do Sr. M. estar diagnosticado com DM2 há 13 anos ainda não aceitava tal facto. Isto despoletou problemas a nível familiar, uma vez que a Sr.ª M.L. não estava satisfeita com a forma como se discutia este problema e a família não recorria a recursos externos para o resolver.
Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver ou os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Não Eficaz (1ª consulta – 14.02.2023)	

Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel provedor</u>	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (3ª consulta – 03.04.2023): Sr. M e Sr.ª F. Consenso - sim Conflito – não Saturação - não
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (3ª consulta – 03.04.2023): Sr. M. Consenso - sim Conflito – não Saturação - não
	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	

Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (3ª consulta – 03.04.2023): Sr.ª F Consenso - sim Conflito - não Saturação
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Recreativo</u>	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (3ª consulta – 03.04.2023): Sr.ª F. Consenso - sim Conflito - não Saturação - não
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (3ª consulta – 03.04.2023): Sr.ª F. Consenso - sim Conflito - não Saturação – não
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Não Eficaz por Saturação Papel de Cuidado Doméstico (3ª consulta – 03.04.2023): Interação de Papéis Não Conflitual (3ª consulta – 03.04.2023):	

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 Quem é o membro com maior poder na família? Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros?	Resultados (18.04.2023): Os dois membros. Sim.
Atividade Diagnóstica do item <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional Atividade diagnóstica - 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?	Resultados (18.04.2023): Não Sim
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional Atividade diagnóstica	Resultados (18.04.2023)

<u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	-FACES II	Sr. M.: Coesão Familiar:4+3+3+4+4+5+4+4+5+5+5+4+5+5+4=69 - Ligada Adaptabilidade: = 5+5+5+4+3+3+5+4+4+4+2+4+1+5=54 – Flexível Tipo de Família: Moderadamente Equilibrada Sr.ª F: Coesão Familiar: 4+3+4+4+3+5+4+4+5+5+5+4+5+5+4=69 - Ligada Adaptabilidade: 5+5+5+4+3+3+5+4+4+4+2+4+1+5=54 - Flexível Tipo de Família: Moderadamente Equilibrada
Atividade Diagnóstica do item <u>Funcionalidade da Família</u>	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional Atividade diagnóstica Funcionalidade da Família – APGAR Familiar de Smilkstein	Resultados (18.04.2023) Apgar Familiar de Smilkstein: Família Altamente Funcional (para ambos 2+2+2+2+2= 10)
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional (4ª consulta 18.04.2023)	

Foco	C.2- Processo Familiar	
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: • Comunicação Não Eficaz e/ou • <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional •	
Diagnóstico:	• Processo Familiar Disfuncional por Interação de Papéis Não Eficaz (03.04.2023) e <i>Coping</i> Familiar não Eficaz (14.02.2023)	
Resultados Desejados	Redefinição de Papéis de modo a que cesse a Saturação de Papel	
Intervenções	Promover a comunicação expressiva das emoções (03.04.2023)	
	Colaborar na identificação dos papéis familiares (03.04.2023)	
	Avaliar as dimensões não consensuais do papel (03.04.2023)	

	Avaliar saturação do papel (03.04.2023)
	Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família (03.04.2023)
	Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família (03.04.2023)
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel (03.04.2023)
Atividades que concretizam a intervenção no âmbito da Interação de Papéis são as mesmas utilizadas na Relação Dinâmica Disfuncional, já descritas anteriormente.	
Intervenções	Promover estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família (14.02.2023)
	-Incentivar o envolvimento da família (14.02.2023)
	-Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (14.02.2023)
	-Encorajar aceitação do estado de saúde (14.02.2023)
	-Ensinar sobre estratégias adaptativas (14.02.2023)
	-Incentivar aceitação do estado de saúde (14.02.2023)
	-Promover consciencialização (14.02.2023)
	- Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (14.02.2023)
	-Avaliar aceitação do estado de saúde (14.02.2023)
	-Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (14.02.2023)
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
Utilização dos pontos 1 e 2 do Mapa de Conversação Diabetes (MCD) “Viver numa Família com Diabetes”:	
Peço ao Sr. M. que volte ao momento em que lhe foi feito o diagnóstico de DM2 e que me conte como foi:	
-Quando foi? Quem lhe deu a informação? Onde estava? Quem estava com ele? Que palavras utilizaram? Como se sentiu? Que reação teve? Que sentimentos já experimentou em relação à DM2? Explorar sentimentos identificados.	
-Escuta Ativa	
-Utilização da metáfora presentes no MCD: as nuvens/trovões como negação/tristeza/frustração e arco-íris como aceitação.	
Normalizar a experienciação de diferentes sentimentos em relação à DM2. Todos os sentimentos são frequentes, esperados e igualmente válidos. É importante saber reconhece-los e compreender em que medida podem afetar as escolhas na gestão do regime terapêutico da DM2	
Fundamentação: A aceitação da doença pode melhorar com intervenções educativas, nomeadamente com Mapas de Conversação da Diabetes. Os programas educativos com abordagem cognitivo-comportamental têm sido utilizados para promover mudanças comportamentais necessárias e influenciar a perceção dos <i>stressores</i> . O fornecimento de informações claras e consistentes pela equipa de saúde sobre a doença e o tratamento foi considerado um facilitador à adaptação à diabetes mellitus tipo 2 (Bertolin et al, 2015).	

Fundamentação: O fato de a construção do genograma ser interativa faz com que o indivíduo se interesse pela narrativa apresentada e pela própria história familiar, favorecendo o vínculo e a comunicação, contribuindo positivamente para a relação terapêutica. Sendo o genograma um instrumento gráfico, facilita a visão e o entendimento de complexos processos de saúde-doença no contexto psicossocial, podendo também contribuir para o estabelecimento de estratégias terapêuticas, ampliando as ações de saúde.

O indivíduo se vê e se "sente" representado no instrumento, facilitando a aceitação da doença pois ao compreender padrões transgeracionais da mesma, estabelece correlações entre fatores hereditários e o processo saúde-doença, situando o problema atual dentro de um processo evolutivo e histórico seu dentro da própria família (Muniz & Eisenstein, 2009).

Ao registrar de forma prática e simples as informações sobre a saúde, os problemas e as relações dos membros familiares por, pelo menos, três gerações o genograma proporciona a observação e a compreensão, de maneira rápida, um grande número de dados sobre a dinâmica familiar. Essas ferramentas permitem identificar uma série de problemas, sejam genéticos, sociais, ambientais, dos hábitos familiares, como também aqueles que apresentam etiologia desconhecida (Dantas et al, 2017), sendo bastante útil na aceitação da doença.

Questionar relativamente à medicação que toma – nome, indicações.

Observar em conjunto análises laboratoriais: valor glicemia em jejum e HbA1c, confrontação com valores referência/ critérios para diagnóstico DM2.

Conto sistêmico:

“Era uma vez, numa aldeia perdida da Amazônia uma mulher indígena que tinha dois filhos gêmeos: Kaluanã e Biara. Tinham 7 anos.

Kaluanã padecia de um mal: “coceirinhas de meia-noite”, se bebesse água da fonte cintilante coçava-se até sair a pele. Já o seu irmão não tinha qualquer problema em beber da fonte, nem padecia de qualquer mal.

Um dia Kaluanã participou num ritual da aldeia e voltou todo inchado e com feridas no corpo por se ter coçado. Chegou a casa e caiu nos braços da sua mãe a chorar:

-Porque isto só me acontece a mim mãe?!Ninguém na família é como eu!

-Aí é que te enganas Kaluanã. Eu sofro do mesmo mal que tu!

-Não posso acreditar! Nunca disseste nada!

-Pois não..., mas posso te dizer que o teu avô, a teu bisavô e alguns irmãos meus também têm coceirinhas de meia-noite. E vou te dizer mais...o Xamã Espírito-da-Noite também tem coceirinhas!

-A sério?? Mas eu nunca vos vi em crise!!

-Nunca nos viste em crise porque nos cuidamos para que isso não aconteça. Não comemos o que nos faz mal e tomamos a seiva mágica, que não gostas nada, todos os dias, como deve ser.

-Eu estou cansado desta maldição!

-Kaluanã! Não mal digas a história dos teus ancestrais, o presente que te deram! Eles nos usaram para mostrar aos outros como viver na dificuldade, como ultrapassar obstáculos diariamente!

-Mas mãe...eu só queria ser como os outros...e não viver uma batalha todos os dias com o meu corpo!

-Lutas de maneira errada Kaluanã! Tens gasto a tua energia no foco errado. Deves te aliar ao teu corpo e lutarem juntos para ganharem a guerra, para viverem muitos e muitos anos em equilíbrio, com sabedoria!

-Não podes mudar o teu corpo, mas podes mudar o lado em que lutas. Vê o que aconteceu ao nosso querido amigo Asas-Brilhantes...partiu para o mundo dos Deuses da Amazônia por complicações das coceirinhas...ele nunca aceitou e levou uma vida a beber água fresca da fonte cintilante... Foi se matando por dentro. Nunca reconheceu o presente que os ancestrais lhe ofereceram ainda em útero.

- Mãe...eu nunca tinha olhado para as coceirinhas assim...um presente?!

- Os Deuses da Amazônia sabem o que fazem Kaluanã e acharam-te com sabedoria para lidares com as coceirinhas, para encontrares a melhor estratégia de luta, para ensinares outros através da tua vida, para conheceres o teu corpo como ninguém e através disso a tua alma. Kaluanã quer dizer Grande Guerreiro, sabes disso.

Kaluanã foi descansar sob a luz da lua, com os pensamentos em tudo o que a sua mãe lhe dissera. O Xamã sentiu a energia do que ali tinha acontecido e resolveu visitar a mãe de Kaluanã e disse-lhe:

-Mulher, foste corajosa em mostrar ao teu filho a beleza da guerra que tem pela frente. Ele entendeu como deve lutar para ganhar, e mais do que isso, para se conhecer a si mesmo. A partir de amanhã deixarás de sentir que o teu filho tem duas versões, como até aqui: Kaluanã (Grande Guerreiro) e Biara (Refugiado da Guerra). Amanhã o teu filho acordará apenas como Kaluanã e o Biara que existia dentro dele nunca mais se manifestará. E será assim para Sempre.”

(Conto criado propositadamente para a intervenção na família em questão).

Fundamentação:

Através de um paralelo metafórico ao problema criou-se uma ponte criativa (recursos) e uma validação e desenvolvimento da mudança (Keeney, citado por Zatloukal *et al*, 2019). A partir das ressonâncias com o texto, o Sr. M. estabeleceu uma conexão que os manteve interessados na história, que exercitou a imaginação, resgatou experiências vividas e que abriu espaço para novos cenários e significados (Novis, 2016). O desenvolvimento de histórias alternativas favoreceu uma renegociação da identidade e minimizou o poder da história dominante, saturada pelo problema, favorecendo as conversações de re-autoria através da ponte entre o real e o imaginário, numa complementaridade única (Novis, 2016).

O campo literário conta com uma “licença ou álibi ficcional” para falar abertamente sobre as doenças e suas metáforas e, até mesmo, criar novas. Além disso, as narrativas literárias descrevem dramas individuais, em que a experiência do sujeito doente ou que convive com a doença pode ser abertamente explorada, sem necessariamente ter que “pedir licença” para se colocar no espaço público, nem sofrer os constrangimentos das “pessoas reais”. Falar sobre doenças é, sempre, falar sobre os sentidos que damos a elas. Apresentar um personagem com certo tipo de doença é evocar um determinado tipo de sujeito. Isso, porque as doenças carregam consigo seus significados históricos e culturais. Todas as doenças, até mesmo as mais comuns, se associam a metáforas que são carregadas de fantasias e imaginários próprios. Não falamos apenas de seu caráter biológico e de seus sintomas, mas também do que projetamos quando enunciamos o nome dessa doença, de quais medos, ansiedades, fobias projetamos junto a ela (Sotang, 2007 como citado em Silveira & Silveira, 2016). Mesmo transfiguradas pela roupagem literária, as mensagens utilizadas foram dotadas de originalidade e não deixaram de se alimentar das metáforas e das referências circulantes sobre a doença do indivíduo.

Reflexão e Questionamento sobre o conto

Explicar ao Sr. M. que tem Diabetes, mas isso não o define. É mais uma das suas características enquanto pessoa.

Perguntar ao Sr. M. se tem Diabetes. Em caso afirmativo pedir para que o diga em voz alta.

Avaliar *coping* Familiar

Avaliar Aceitação do Estado de Saúde

2ª consulta (21.03.2023): Compreende pelo genograma que tem história familiar de DM2 pelo lado materno. “Assim já me é mais fácil perceber de onde vem. Nunca tinha associado que tinha tantos familiares com esta doença.”

6ª consulta (09.06.2023):

- Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde
- Abandono do conceito da condição de saúde anterior
- Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição
- Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde
- Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde
- Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde

Diagnóstico

Interação de Papéis Eficaz (30.05.2023)

Aceitação do Estado de Saúde (09.06.2023) / *Coping* Eficaz (16.05.2023)

Anexo XIV- Planos de Cuidados Individuais da Família 5

Plano de Cuidados do Sr. M.:

Foco	Aceitação do Estado de Saúde	
Critérios diagnósticos		
Atividade diagnóstica	Atividade diagnóstica Avaliar: -Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde -Abandono do conceito da condição de saúde anterior -Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição -Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde -Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde -Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde	Resultados (1º consulta: 14.02.2023): S. M. diz que não é diabético e que nunca lhe disseram isso.
Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde Comprometida 14.02.2023	
Resultados Desejados	Aceitação do Estado de Saúde não Comprometida	
Intervenções Sugeridas	-Incentivar o envolvimento da família (14.02.2023)	
	-Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (14.02.2023)	
	-Encorajar aceitação do estado de saúde (14.02.2023)	
	-Ensinar sobre estratégias adaptativas (14.02.2023)	
	-Incentivar aceitação do estado de saúde (14.02.2023)	
	-Promover consciencialização (14.02.2023)	
	- Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (14.02.2023)	
	-Avaliar aceitação do estado de saúde (14.02.2023).	
	-Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (14.02.2023)	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u> Já descritas anteriormente no <i>Coping</i> Familiar		
Avaliação dos Resultados	2ª consulta (21.03.2023): Compreende pelo genograma que tem história familiar de DM2 pelo lado materno. “Assim já me é mais fácil perceber de onde vem. Nunca tinha associado que tinhas tantos familiares com esta doença.”	
	6ª consulta (30.05.2023): -Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde -Abandono do conceito da condição de saúde anterior -Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição -Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde -Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde -Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde	

Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde (09.06.2023)	
Foco	Gestão do Regime Terapêutico	
Crítérios diagnósticos	GRT Não demonstrado se: • Conhecimento Não demonstrado (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico) e/ou • Adesão Não Demonstrada (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Diabetes: -Definição da doença -Complicações do processo patológico -Sinais de hiperglicemia/ hipoglicemia -Atuação em caso de hiperglicemia/ hipoglicemia	Resultados (3ª consulta 03.04.2023): -Define doença incorretamente -Descreve apenas algumas das complicações do processo patológico -Descreve sinais de hipoglicemia -Descreve atuação em caso de hipoglicemia
	Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado/Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Regime Dietético:	Resultados (3ª consulta 03.04.2023): -Não escreve dieta recomendada (consistência, horário, quantidade) -Não descreve os alimentos adequados/ a evitar -Descreve as orientações para a preparação dos alimentos
	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Demonstrado// Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso:	Resultados (3ª consulta 03.04.2023): -Descreve a via de administração do medicamento -Descreve o efeito pretendido com o medicamento -Descreve efeitos secundários/ interação do medicamento -Descreve o armazenamento do medicamento Dapaglifozina 10mg 1+0+0 Metformina+ Sitagliptina 1000/50 – 1+0+1 Alopurinol 100mg – 1+0+0

	Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre regime de Exercício Físico:	Resultados (3ª consulta 03.04.2023): - Descreve tipo, frequência e intensidade do exercício - Descreve equipamento de proteção e segurança adequado ao tipo de exercício
Critérios diagnósticos	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento não Demonstrado: Conhecimento sobre Diabetes Não Demonstrado (3ª consulta 03.04.2023) Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado (3ª consulta 03.04.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado (3ª consulta 03.04.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão ao Regime Dietético Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime Dietético Averiguar se: - Explica as relações entre dieta, exercício e peso corporal - Adequa a dieta - Explica as razões para a dieta recomendada - Lê e interpreta os rótulos dos produtos alimentares	Resultados (3ª consulta 03.04.2023): EAD: Nível de Adesão à Alimentação em Geral = 3 dias em média EAD Nível de Adesão à Alimentação Específica = 3 dias em média Nível de Adesão à Alimentação = 3 em 7 (Não Adesão ao Regime Dietético) Ingere 2 cafés por dia: com meio pacote de açúcar ao pequeno-almoço + com meio pacote açúcar ao jantar
	Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica e resultados Avaliar Adesão ao Regime Medicamentoso Averiguar se: - Providencia / adquire medicamento - Ajusta Horário e dose do medicamento - Prepara medicamento	Resultados (3ª consulta 03.04.2023): EAD: Medicamentos:0. Escala MAT: Adesão ao Regime Medicamentoso (6+4+3+6+6+6+2) Providencia e prepara metformina, cumpre horário da dose. Forxiga decidiu não tomar. Fez viagem à Madeira de 4 dias sem medicação e estava bem. Segundo ele “ <i>não estava sob stress</i> ”. Está a “ <i>estudar meios naturais para controlo de glicemia, que já debateu com grandes catedráticos na área</i> ”. Baixa Adesão ao Regime Medicamentoso
	Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime de Exercício Físico	Resultados (3ª consulta 03.04.2023): EAD: Nível de Adesão à Atividade Física = 7

	Averiguar se: -Adequa o tipo de exercício em função das necessidades/ restrições -Adequa a frequência do exercício em função das necessidades/restrições -Adequa a intensidade do exercício em função das necessidades/ restrições	Joga Futebol às segundas e quintas-feiras.
Critérios diagnósticos	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão não Demonstrada: Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada (3ª consulta 03.04.2023) Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada (3ª consulta 03.04.2023) Não Adesão ao Regime Medicamentoso (3ª consulta 03.04.2023)	
Resultados Desejados	Conhecimento e Adesão ao Regime Dietético Conhecimento e Adesão ao Regime Medicamentoso	
Intervenções Sugeridas	Incentivar tomada de decisão (03.04.2023)	
	Encorajar tomada de decisão (03.04.2023)	
	Incentivar comportamento de adesão (03.04.2023)	
	Ensinar sobre padrão de exercício (03.04.2023)	
	Ensinar sobre padrão alimentar (03.04.2023)	
	Ensinar sobre comportamento de adesão (03.04.2023)	
	Incentivar hábitos alimentares saudáveis (03.04.2023)	
	Ensinar sobre regime medicamentoso (03.04.2023)	
	Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz (03.04.2023)	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	-Mapa Conversação Diabetes® “Como Funciona a Diabetes” -Fisiologia -Progressão, Doença “silenciosa” -Riscos do Mau Controlo Diabetes – Complicações -Controlo da Diabetes: Alimentação/Medicação/ Exercício Físico -Metáfora: chave para o controlo DM2	



-Mapa Conversação da Diabetes® “Alimentação Saudável e Atividade Física”:

-Secção inferior esquerda do MCD® (1):

Ensinar sobre a importância do equilíbrio entre alimentação e atividade física no controlo da DM2.

Utilização da metáfora da balança para acertar no “alvo”.

-Secção superior esquerda do MCD® (2):

Ensinar sobre a alimentação específica na diabetes.

Ensinar sobre o impacto do álcool na adição de calorias à refeição e no controlo glicémico

Ensinar importância da análise dos rótulos

Ensinar quantidades ideais dos alimentos (imagens mãos)

-Secção inferior direita MCD® (7):

Ensinar a importância de envolver a família

Ensinar a importância de traçar objetivos

Rituais Familiares:

Na família do Sr. J. 6ª feira é dia de jantar-convívio com filhas/genros e netos e/ou com os “parceiros”, pais dos genros”. Denominam mesmo esses dias como “Dia dos Filhos” e “Dia dos Parceiros”. Depois da análise do MCD®, foi questionado ao casal que tipo de “Dia” poderiam introduzir, e identificaram o “Dia Fitness”, uma vez que a filha Carla é quem cozinha para todos, muitas das vezes e “tem muitos cuidados com a alimentação”.

Fundamentação:

O MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física”, fornece informações sobre escolhas alimentares e tamanhos de porções, juntamente com diferentes tipos de atividade física (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017).). Cada mapa inclui seis componentes, incluindo visual, compartilhamento de informações, cartões de atividades, interação em grupo, um guia do facilitador e um cartão de estabelecimento de metas (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017; Defeudis et al, 2018).



Revisão da Sessão Mapa de Conversação "Alimentação Saudável e Actividade Física"

	Entrevista Motivacional 19) Identificar estágio de mudança: Pré-contemplação – não tem pensamentos sobre mudança comportamento (gorduras, excesso de hidratos de carbono e consumo de açúcar e doces/ não fazer exercício físico). Nível mínimo de motivação intrínseca e nível máximo de resistência. 20) Consciencializar para o problema. Complicações da Diabetes. 21) Acha que deveria mudar algo? O quê? 22) Utilizar metáfora “açúcar como droga” 23) Aludir à capacidade de ultrapassar problemas anteriores. Reforço positivo. Os ganhos em saúde com a entrevista motivacional com o Sr. M. dizem respeito à consciencialização da nocividade do padrão de comportamento que tem e da necessidade de mudança. A intervenção é muito ao nível dos conhecimentos sobre fatores de risco e complicações da DM2 por forma a impactar o Sr. M. e motivar a decisão para a mudança. O elogio e reforço positivos relembram a sua resiliência e capacidade de mudança no passado e determinação. Fundamentação: A entrevista motivacional é considerada uma ferramenta útil e estratégica de educação em saúde para mudança de estilos de vida saudáveis, estando a sua eficácia amplamente comprovada na melhoria da adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DM2 (Menezes et al, 2022; Lima et al, 2019; Cedillo & Antunes, 2015). A EM mostra-se uma alternativa promissora que pode ser utilizada para a melhoria do comportamento alimentar de idosos diabéticos e hipertensos atendidos pelas equipas de saúde familiar (Menezes et al, 2022). Ao promover um ambiente que sustenta a autodeterminação do utente, a EM apoia o desenvolvimento de objetivos que suportem valores pessoais, permitindo a mudança para regulações mais autónomas e assegurando que o utente é capaz de individualizar/adaptar as mensagens de saúde generalistas a si, à sua vida, aos seus condicionalismos (Silva et al, 2013).
Avaliação de resultados das intervenções	4ª consulta (18.04.2023): O Sr. M. define DM2 e as complicações do processo patológico
	5ª consulta (25.05.2023): Sr. M identifica os pilares da gestão do regime terapêutico e do controlo glicémico.
	6ª consulta (30.05.2023): Sr. M identifica como deve ser a alimentação específica da pessoa portadora de DM2 e aderiu às alterações sugeridas no regime alimentar.
Diagnóstico	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado (27.03.2023) Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado (27.03.2023) Adesão ao Regime Dietético (05.06.2023) Adesão ao Regime Medicamentoso (20.05.2023)

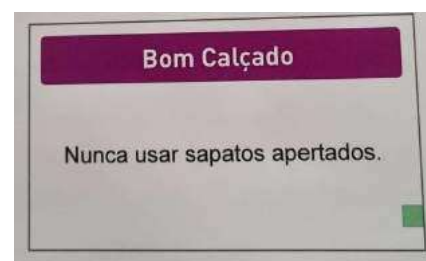
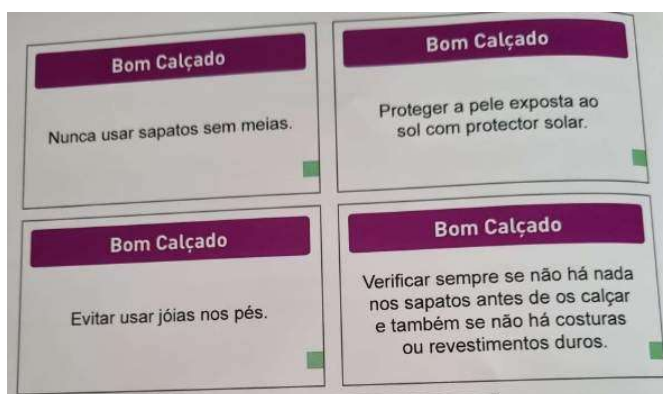
Foco	Auto-Vigilância (30.05.2023):	
Critérios diagnósticos	Auto-Vigilância não Demonstrada se: - Conhecimento Não demonstrado Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés - Adesão Não Demonstrada (Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar Demonstrado /Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento para promover a auto-vigilância da glicemia capilar	Resultados 30.05.2023): -Descreve material necessário, técnica, regularidade EAD = Nível de Adesão à Monitorização de Glicemia = Não lhe foi recomendado. Não tem glucómetro
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés	Resultados (30.05.2023): -Descreve importância de manter pés limpos, secos e hidratados e cumpre -Não descreve importância da autovigilância dos pés nem a regularidade -Não descreve parâmetros a ter em atenção na autovigilância dos pés
Critérios de Diagnóstico	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar Demonstrado (30.05.2023) Conhecimento sobre autovigilância dos pés Não Demonstrado 5ª consulta (30.05.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão à Autovigilância da glicemia capilar Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância da glicemia capilar	Resultados (30.05.2023): -Não faz autovigilância da glicemia capilar de forma regular por indicação médica. Tem máquina avariada. EAD: 0 dias em média
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância dos pés	Resultados (30.05.2023): - Não faz autovigilância dos pés EAD: 5 dias em média. Lava e seca os pés diariamente, mas não tem a prática de os observar/hidratar.
Critérios de Diagnóstico	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão à Autovigilância da Glicemia Capilar Não Demonstrada (30.05.2023) Adesão à Autovigilância dos pés Não Demonstrada (30.05.2023)	
Diagnóstico	Auto-vigilância não Demonstrada (30.05.2023)	

Resultados Desejados	Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre autovigilância dos pés (30.05.2023)
	Incentivar tomada de decisão (30.05.2023)
	Encorajar tomada de decisão (30.05.2023)
	Incentivar comportamento de adesão (30.05.2023)
	Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física (30.05.2023)
	Ensinar sobre comportamento de adesão (30.05.2023)
	Incentivar hábitos alimentares saudáveis (30.05.2023)
	Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz (30.05.2023)
	Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé (30.05.2023)
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	-Mapa de Conversação em Diabetes® “A Diabetes e os Cuidados com os Pés” Secção superior esquerda do MCD® (1): -Ensinar sobre como prevenir complicações nos pés Secção central do MCD® (2): -Ensinar sobre a importância de examinar os pés diariamente -Como observar e o que procurar no exame diário dos pés -Dar cartões e pedir para analisar e descrever se já encontrou este tipo de achados. Em caso afirmativo questionar o que fez. -Pedir para o Sr. J. fazer o auto-exame do pé em 15 minutos.



Secção inferior central MCD® (4):

- Analisar a imagem da sapataria.
- Ensinar sobre calçado.
- Distribuir cartões relativos ao “bom calçado” e proteção dos pés. Análise.

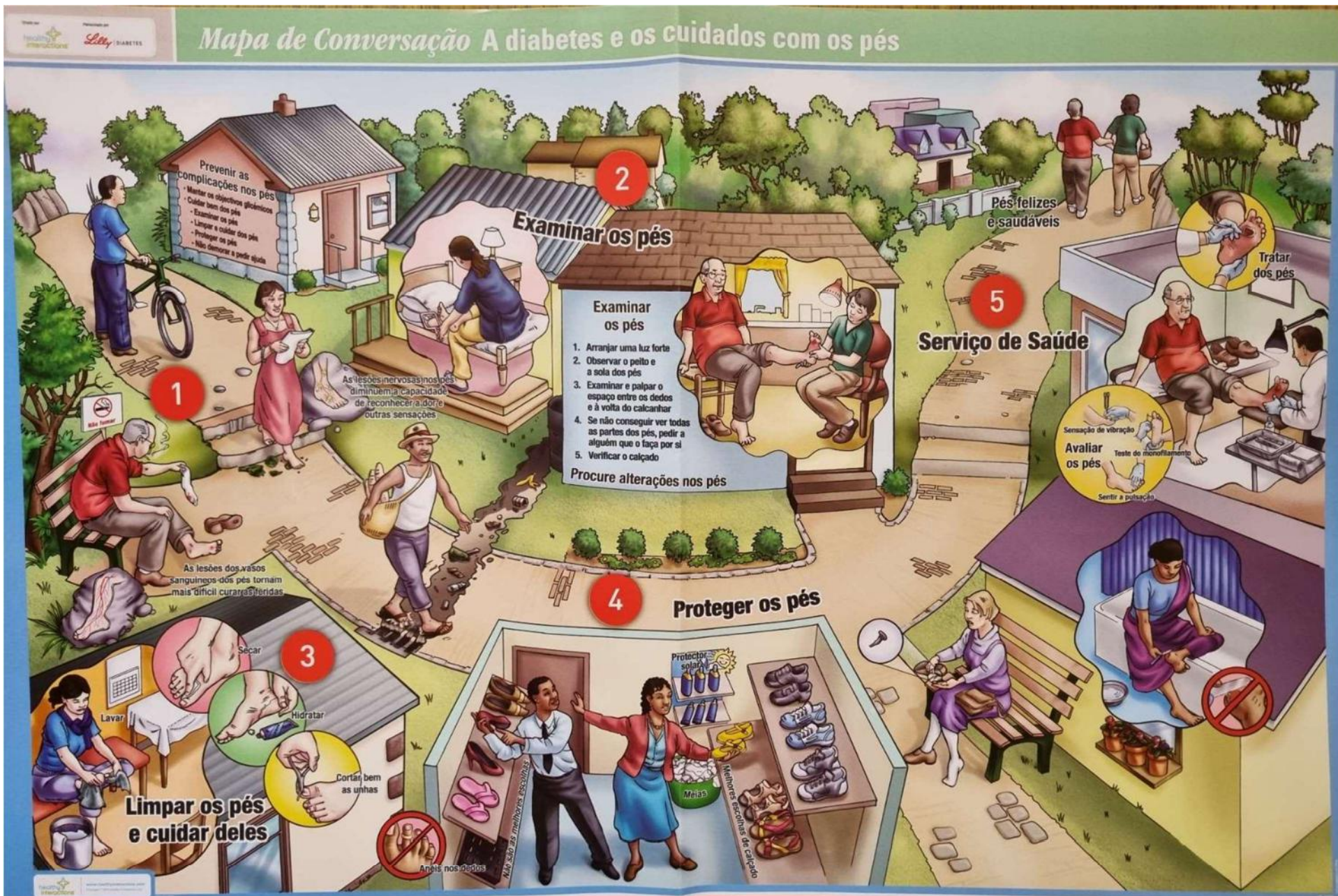


Secção superior direita do MCD® (5):

- Ensinar sobre procura dos serviços de saúde.

	-Ensinar sobre o exame de avaliação do risco de úlcera diabética. -Realizar exame de avaliação do risco de úlcera diabética. -Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé: Baixo Risco – ausência de sinais de neuropatia, isquemia, úlcera ou antecedentes de amputação anterior. Deve manter-se em vigilância anual.
Avaliação de resultados das intervenções	No final da sessão: -Compreende importância da autovigilância dos pés -Refere cuidados a ter com os pés -Refere como proteger os pés e as características do “bom calçado” -Refere como fazer o auto-exame dos pés e com que periodicidade -Refere quando deve recorrer aos serviços de saúde -Refere a importância de realizar a avaliação de risco de úlcera diabética -Pretende iniciar autovigilância dos pés.
Diagnóstico	Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado (final consulta (30.05.2023)

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.



Plano de Cuidados da Sr.ª M.F.:

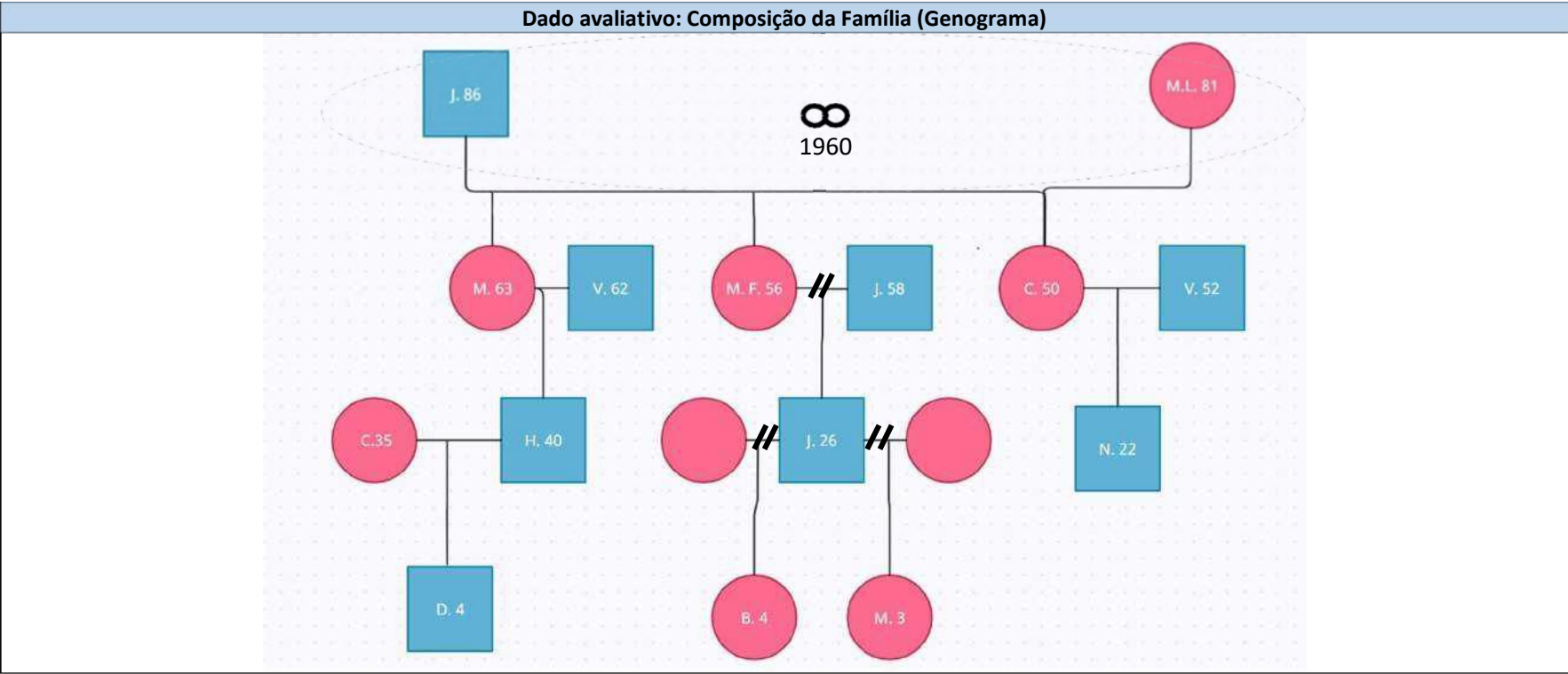
Foco	Risco de Diabetes (03.04.2023)	
Critérios diagnósticos	O Risco de vir a desenvolver Diabetes tipo 2 dentro de 10 anos é: -Baixo – se pontuação escala <7 pontos -Ligeiro - se pontuação escala 7-11 pontos -Moderado – se pontuação escala 12-14 pontos - Alto - se pontuação escala 15-20 pontos - Muito Alto - se pontuação escala > ou igual a 20 pontos	
Atividade diagnóstica	Avaliar o Risco da Sr.ª M.L. vir a Desenvolver Diabetes tipo 2	Resultados: Idade – 4 pontos IMC < 25– 0 ponto Perímetro Abdominal – > 80 e < 88 - 3 pontos Pratica de Exercício – Não - 2 pontos Consumo de vegetais e fruta – diário – 0 pontos Medicação para HTA – não – 0 pontos Alguma vez teve o nível de glicose alto – não – 0 pontos Familiares com DM2 – não – 0 pontos = 9 pontos
Diagnóstico	Risco Ligeiro (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2	
Resultados Desejados	Que o Risco de DM2 passe a ser BAIXO	
Intervenções Sugeridas	Incentivar comportamento de adesão (15.03.2023) Encorajar tomada de decisão (15.03.2023) Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física (15.03.2023) Ensinar sobre padrão de exercício (15.03.2023) Ensinar sobre padrão alimentar (15.03.2023) Ensinar sobre comportamento de adesão (15.03.2023) Incentivar hábitos alimentares saudáveis (15.03.2023) Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz (15.03.2023)	
Avaliação do Resultado das Intervenções	Avaliar o Risco de Diabetes Tipo 2	
Diagnóstico	Risco Ligeiro (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2 (09.06.2023) (4+0+3+0+0+0+0 = 7 pontos). Diminuição da pontuação por início de atividade física (03.04.2023)	

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta

ANEXO XV - Plano de Cuidados da Família 6

1º contacto – 15/02 (Sr.ª L.+ Sr. J) visita domiciliária 2H <u>Objetivos:</u> -Apresentar o Projeto. Obter consentimentos verbais dos participantes. -Avaliar a família segundo a dimensão estrutural do MDAIF -Realizar Genograma e Ecomapa da Família -Preencher Graffar Adaptado -Identificar forças e recursos na família -Avaliar necessidade em cuidados dos membros da família - Realizar atividade diagnóstica no âmbito da Satisfação Conjugal -Avaliar Aceitação do Estado de Saúde -Avaliar e intervir no Conhecimento sobre DM2, com recurso ao MCD® “Como Funciona a Diabetes”	2º contacto – 15/03 (Sr.ª L.+ Sr. J) visita domiciliária 2H30 <u>Objetivos:</u> -Intervir ao nível da Relação Dinâmica Disfuncional: - Planejar rituais familiares -Motivar para atividades em conjunto (Reenquadramento/Questão Milagre/Rituais Familiares) -Avaliar o Papel Parental -Preencher EAD com Sr.ª. M.L. -Avaliar e Intervir na Gestão do Regime Terapêutico. Uso MCD® “Como Funciona a Diabetes” (continuação)	3º contacto – 26/04 (Sr.ª L.+ Sr. J) visita domiciliária 2H <u>Objetivos:</u> - Intervir ao nível da Relação Dinâmica Disfuncional -Obter feedback sobre a rituais familiares -Avaliar e Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime Dietético não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física -Entrevista motivacional à Sr.ª M.L -Avaliar Risco de DM2 do Sr. J.
4º contacto – 17/05 (Sr.ª L.+ Sr. J) visita domiciliária 2H <u>Objetivos:</u> -Avaliar e intervir no <i>coping</i> familiar não eficaz: -Preencher Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, APGAR Familiar e FACES - Promover estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família - Negociar estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família (Recurso ao Elogio/Metáfora) -Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime Dietético não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física+ Rituais Familiares (continuação) - Entrevista motivacional à Sr.ª M.L	5º contacto – 31/05 (Sr.ª L.+ Sr. J) visita domiciliária 1H30 <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções ao nível do <i>Coping</i> Familiar - Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime de Exercício não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física (continuação)	6º contacto – 07/06 (Sr.ª L.+ Sr. J) visita domiciliária 1H30 <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções implementadas. -Avaliar e intervir ao nível da Autovigilância dos Pés não demonstrada através do MCD® “Diabetes e os Cuidados com os pés” -Obter feedback do casal quanto ao projeto

A - DIMENSÃO ESTRUTURAL



Família constituída pelo Sr.ª L. e pela Sr. J., independentes.

Sr.ª L.	Sr. J.
DM2, HTA, Varizes, Ca basocelular vulva, Histrectomia, FA hipocogulada; Diagnóstico de DM2 desde 11/2019. HTA desde 07/2010. HbA1c- 6,5 mg/dl. PNV atualizado até 05/2028. 104/79 mmHg	HTA, FA hipocoagulado, bronquite, catarata, HBP, EAM. PNV atualizado até 02/2026

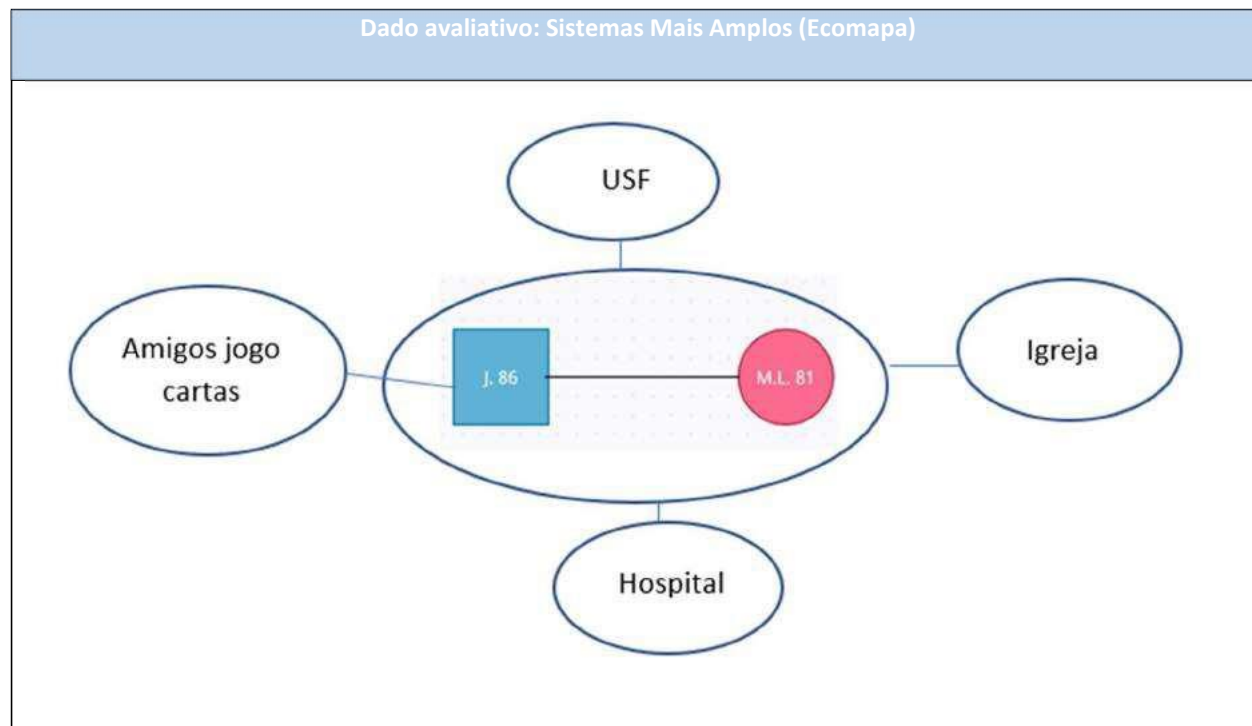
- Composição Familiar: Composição Familiar:
Sr. J. e Sr.ª L.

Tipo de Família: Nuclear

Etapa ciclo vital: Família com Filhos Adultos

Contacto com família extensa (tipo, intensidade, função): contacto diário com filha C., que ajuda nas compras, gestão medicamentos. Criaram neto N. Contacto presencial com outras filhas 1 vez por semana e telefonicamente todos os dias.

Função: apoio social, regulação social, ajuda material e de serviço (filha C.).



Dado avaliativo: Classe social

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer		
Data de registo 15-02-2023	Tipo de alojamento Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição Moradia Outro Quarto/parte de casa	Regime de ocupação Arrendada Cedida Desconhecido Outrn	Estado geral de conservação Bom Desconhecido Mau	Casa de banho Desconhecida Fora do alojamento Inexistente	Higiene Boa Desconhecida Má Desconhecida	Água Desconhecido Não	Distribuição Desconhecido Fontenário a - de 100m de c Fontenário a + de 100m de c Fora do alojamento No alojamento
	Tipologia Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2	Conforto Bom Desconhecido Mau	Aquecimento Central Desconhecido Local Nenhum	Electricidade Desconhecido Não Sim	Barreiras arquitectónicas Desconhecido Não Sim	Origem Desconhecida Particular	No interior No exterior
	Salubridade da zona residencia Desconhecida Insalubre Salubre		Mobiliário e equipamento básico Desconhecido Insuficiente Suficiente				

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópia	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA BAIXA

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) grau 4 - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Ambos Reformados: Sr.ª L. gaspeadeira e Sr. J serralheiro/soldador.
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> E Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	(1ª consulta - 15.02.2023) Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação :3 - Conhecimento <u>Demonstrado</u> sobre riscos de edifício - Higiene da Habitação Presente - Conhecimento Demonstrado sobre governo da casa
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	(1ª consulta - 15.02.2023) Edifício residencial Seguro

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	- Sem Existência de Barreiras arquitetónicas - Inexistência Aquecimento - Existência de <u>Abastecimento de gás (canalizado)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás.
Critérios diagnósticos	<u>Prevenção de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico	(1ª consulta - 15.02.2023) Prevenção de Segurança Demonstrada

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência <u>Abastecimento de água</u> rede pública, canalizada -Conhecimento Demonstrado sobre o controle da qualidade -Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 15.02.2023) Abastecimento de Água Adequado

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	Ausência de <u>Animal doméstico</u>
Critérios diagnósticos	Animal doméstico negligenciado , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 15.02.2023) Não se adequa

G- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

*Nota: fazendo parte da dimensão desenvolvimento o **planeamento familiar** e a **adaptação à gravidez** não são avaliados porque não se aplica à etapa desenvolvimental em que esta família se encontra.

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	B.1.1.1- Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala -- Qual é a vossa situação laboral? — Como dividem/partilham as tarefas domésticas? — Que percentagem de tarefas domésticas costuma fazer? — Sentem-se satisfeitos com a forma como partilham/dividem as tarefas domésticas? De 1 a 10, quanto? — Já conversaram sobre a divisão de tarefas domésticas entre vocês? — A que conclusões chegaram? Resultados (2ª consulta - 15.03.2023): - Ambos os elementos do casal estão satisfeitos com a divisão de tarefas domésticas no nível 8. -Sr.ª M.L.” <i>faço a maior parte das tarefas, mas estamos bem assim. O J. ajuda-me em muitas coisas</i>” -Sr. J- <i>“Isso nunca foi problema, sempre nos organizamos bem a esse nível.”</i>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares, Escala e Circulares: — Que tempo reservam para estarem juntos e a sós? — Que tempo de qualidade estiveram juntos, a dois, na última semana? — Está satisfeito(a) com o tempo que passam juntos? — Como qualificaria o tempo que passam juntos? — Que importância tem o tempo que passam juntos? — Na sua opinião, o tempo que passam juntos deveria aumentar ou diminuir? — Expressou a sua opinião sobre o tempo que passam juntos ao parceiro? — Que atividades recreativas gosta de partilhar com o seu parceiro? — Têm interesse em passatempos comuns? — Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos? — Que atividades gosta de realizar sozinho(a)? (perguntar individualmente) — Está satisfeito com o tempo para as atividades individuais? — Na sua opinião, esse tempo deveria aumentar ou diminuir? — Que opinião têm sobre os interesses/passatempos do vosso parceiro? — Que tarefas/atividades considera que vos retira tempo para estarem juntos? — É possível alterar o tempo que gasta nelas? — Como poderia fazer para contornar isso? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir? Resultados (2ª consulta - 15.03.2023): Sr.ª M. L. não está satisfeita com o tempo que passam juntos. Refere que todas as tardes fica sozinha em casa enquanto o marido vai jogar cartas com os amigos. Satisfação no nível 3. Refere ainda que costuma acompanhar o terço na televisão sempre ao fim da tarde na sala, enquanto o marido faz exatamente o mesmo só que na cozinha. Habitualmente é a Sr.ª L que tem iniciativa de sugerir atividades juntos que normalmente não acontecem. Diz já ter conversado com o marido sobre o assunto há anos atrás, sem sucesso e desistiu. -Sr. J. refere que está satisfeito num nível 8. Que acha importante ter tempo com os amigos e a esposa também <i>“ter tempo para as coisas dela”</i>. Diz que assiste o terço noutra divisão porque é um momento de recolhimento e não vê necessidade de estarem juntos a fazê-lo e não vê nisso um problema.	
	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	

Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala e Circulares: — Costuma conversar com o seu parceiro sobre os seus sentimentos? — Como reage quando o seu parceiro expressa o que sente? — Está satisfeito(a) com a forma como expressam o que sentem um ao outro? De 1 a 10 quão satisfeitos está? — Sente que o seu/sua parceiro(a) compreende os seus sentimentos? — Sente que o seu/sua parceiro(a) expressa os seus sentimentos de forma adequada? — De que forma costuma mostrar ao seu/sua parceiro(a) o que sente? — Costumam guardar para si o que sente em determinado momento? — Costuma chamar a atenção do parceiro para comportamentos que considerara desadequados? Como o faz? — Como reage o seu parceiro quando expressa comportamentos dele que não gostou? — E como reage quando o seu parceiro faz o mesmo acerca dos seus comportamentos? — Sente que o seu parceiro o(a) aceita totalmente, incluindo defeitos e virtudes? — Com quem realmente contam para se sentirem mais relaxados, quando estão tensos ou sob pressão? — Sentem que podem realmente contar com o parceiro quando precisam de ajuda? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Resultados (2ª consulta - 15.03.2023): -A Sr.ª L diz-se satisfeita com a forma como cada um expressa os sentimentos, nível 8. -O Sr. J. refere que em a Sr.ª M.L. quando contrariada passava “ <i>longos períodos sem falar</i> ” com o marido numa postura de mutismo, sem lhe explicar a razão, vindo isto a acontecer há vários anos
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida por: • Relação dinâmica disfuncional	
Subdiagnóstico	Relação dinâmica Disfuncional (Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos) (2ª consulta - 15.03.2023) Comunicação Não Eficaz (4ª consulta - 17.05.2023) - > Intervenções descritas junto ao <i>Coping</i> Familiar	
Resultados Desejados	Satisfação de ambos os elementos do casal com o tempo que passam juntos	
Intervenções Sugeridas	Planear rituais familiares (2ª consulta - 15.03.2023)	
	Motivar para atividades em conjunto (2ª consulta - 15.03.2023)	
	Promover a comunicação do casal (2ª consulta - 15.03.2023)	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u> Reenquadramento		Depois da aplicação da técnica a Sr.ª M.L. compreendeu que o marido saía de casa para respeitar a sua individualidade e “ <i>não a aborrecer com as coisas dele</i> ”, sendo que o Sr. J referiu que começou a ir jogar exatamente para a esposa “ <i>ter tempo para conversar com as vizinhas em paz e fazer o crochê dela</i> ”. O Sr. J compreendeu que a esposa ficava calada para “ <i>não o ferir com palavras, uma vez que estava triste com ele</i> ”, preferindo se recolher e também não o magoar.
Justificação:		

Ao reenquadrar determinada problemática espera-se que sejam vistas novas perspectivas, sendo estas mesmas, vistas como um método facilitador de resolução da mesma. Ao ser apresentado o problema de uma forma diferente, não se espera que os membros da família deixem de considerar a situação um problema, mas sim procura-se auxiliar os mesmos a encontrarem meios de o contornar e resolver. Segundo Relvas (1996), o reenquadramento consiste na apresentação de uma nova versão do problema, alternativa e imprevisível, cujo objetivo é uma mudança de sentido ou de significado. Consiste em interromper os ciclos de feedback positivo que mantêm o problema, introduzindo maior flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua monotonia. Através desta técnica é permitida uma alteração da atribuição do problema a causas negativas para causas positivas, ou seja, auxiliai os elementos da família a associarem aquele comportamento /ação a algo positivo no sentido da harmonização das relações familiares entre os demais elementos. (Relvas, 1996). Pretende-se assim descentrar do problema e o contextualizar nas interações familiares, atribuindo-lhes significados relacionais. O objetivo é o reenquadramento, com redefinição da realidade terapêutica, tanto do problema como das potenciais soluções. (Gouveia-Pereira & Miranda, 2022).	
Questão Milagre <i>“Imaginem que um dia por milagre acordam e este problema não existe. Como estão? O que sentem? Como é a vossa tarde? O que mudou?”</i>	O casal descreveu uma tarde em que fazem atividades juntos, conversam um com o outro e estão ambos satisfeitos.
Justificação: Desta forma, redirecionou-se a atenção da Sr.ª M.L. e do Sr. J. (De Shazer, 1985 como citado em Zatloukal, Žákovský & Bezdíčková et al, 2019), por forma a ajudá-los a construir uma visão da vida no futuro, sem o problema identificado (De Shazer et al. 2007, como citado em Trepper et al. 2006), contribuindo para o aumento da motivação quanto à possibilidade de mudança (Morejón & Beyebach, 1997) pelos membros do casal.	
-Rituais Familiares	O casal identificou que pretendia passar mais tardes juntos e que iriam recuperar rituais de casal antigos: <i>“assistir à transmissão do terço juntos à tarde, ir à missa aos sábados às 18h e passear à beira-rio aos domingos de manhã”</i>. Definiram em conjunto as ações, a repetição, a ordem, a preparação para as ações, hora, ritmo de repetição e sequência, sendo que o enfermeiro criou o espaço terapêutico para que isso acontecesse e apenas interveio na identificação dos detalhes a serem necessários definir.
Justificação: O facto de os rituais serem mecanismos de socialização torna-os especialmente importantes para a criação da identidade familiar. A partilha de símbolos permite a construção de significados partilhados pelos insiders (membros da família); a repetição das fórmulas vivenciais de certas ocasiões concede a segurança necessárias à estabilidade do grupo (Crespo, 200, p.83). Por um lado, as identidades individuais e de grupo refletem-se e reforçam-se nos rituais que se vivenciam; por outro lado, ocorrem mudanças que permitem que essas identidades se re-criem a cada nova experiência (Laird, 1988 como citado em Crespo, 2007).	
Avaliação de resultados das intervenções	(3ª consulta – 26/04) Têm assistido ao terço juntos na sala, pensam em fazer mais atividades juntos.
-Avaliar satisfação do casal com o tempo que passam juntos	(4ª consulta – 17/05) Têm assistido ao terço juntos na sala, ido à missa aos sábados às 18h.
	(5ª consulta – 31/05) Têm assistido ao terço juntos na sala, ido à missa aos sábados às 18h e passear à beira-rio aos domingos de manhã.
	(6ª consulta – 07/06) Têm assistido ao terço juntos na sala, ido à missa aos sábados às 18h e passear à beira-rio aos domingos de manhã e almoçado fora em seguida. Dizem-se satisfeitos com o tempo que passam juntos.
Diagnóstico: Relação dinâmica Funcional (07/06/2023)	

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Têm facilidade em expressar um ao outro as vossas expectativas e receios? — Com quem costumam partilhar os vossos sucessos e fracassos? — Sente que as suas expectativas/receios são semelhantes às do seu/sua parceiro(a)? — Na última semana, quantas vezes confidenciaram um ao outro os vossos problemas? — Costuma ouvir com atenção as preocupações do seu/sua parceiro(a)? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro é compreensivo? — Na sua opinião, é compreensivo(a) com o seu/sua parceiro(a)? — Como poderia melhorar a sua disponibilidade no sentido de uma melhor compreensão? — Que importância atribui aos aspetos da comunicação, empatia e compreensão entre um casal?	Resultados (4ª consulta - 17.05.2023): O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um.
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares, de Escala e Circulares: — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto leva em consideração a opinião do seu/sua parceiro(a)? E quanto considera que deveria ser? — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto o seu/sua parceiro(a) leva em consideração a sua opinião? E quanto considera que deveria ser? — Descreva um episódio de discordância de opiniões entre vocês e como geriu a situação. — Costumam ter opiniões semelhantes sobre alguns assuntos? — A discordância de opiniões, usualmente, é sobre que temas? — Consegue expressar a sua opinião livremente, sem medo de represálias do(a) parceiro(a)? — Na sua opinião, há um padrão de concordância/discordância sistemática entre vocês? — Costuma fingir ter a mesma opinião do seu parceiro(a), para evitar discussões? — Numa semana, quantas vezes estão em discordância de opiniões? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro(a) expressa opiniões contrárias às suas propositadamente? — Quando é necessário tomar uma decisão, pedem a opinião um do outro? — Quando as divergências surgem costumam fazer cedências? — Tentamos sempre solucionar os problemas em conjunto. Concorda? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Resultados (4ª consulta - 17.05.2023): -O Sr. J. refere que em a Sr.ª M.L. quando contrariada passava <i>“longos períodos sem falar”</i> com o marido numa postura de mutismo, sem lhe explicar a razão, vindo isto a acontecer há vários anos. -Sr.ª M.L. <i>“Não gosto de reagir assim... mas é mais forte do que eu.”</i>
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	

<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala e Circulares: — Costumam ter momentos de diálogo enquanto casal? — Está satisfeito(a) com a forma como comunicam enquanto casal? De 1 a 10? — Como qualifica a comunicação entre vocês? Como gostaria que fosse? — Na sua opinião, comunicam entre vocês, de forma eficaz? — Como poderia melhorar a forma como comunica? — Sobre que tipo de assuntos costumam conversar enquanto casal? — E sobre que assuntos evita conversar? — Que assuntos gostaria de abordar com o seu parceiro? — Quando conversam estão a sós? — Quando acontece algo muito bom/mau, a quem conta primeiro? — Costumam telefonar/enviar mensagens um ao outro ao longo do dia? — Considera que têm a capacidade de comunicar e compreender o outro, sem falar? — Na sua opinião, a comunicação entre os dois é importante? — Na sua opinião, costumam discutir? Em média, numa semana, quantas vezes discutem? — Costumam elogiar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) elogia? — Costumam criticar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) critica? — Costumam conversar sobre a relação? — Que estratégias usa para fazer as pazes após uma discussão? — O meu parceiro, por vezes tem um comportamento inadequado comigo. Concorda? — Quando combinam algo entre vocês ambos seguem o acordado? — Costuma ser verbalmente agressivo(a) com o outro? E fisicamente? — “O meu parceiro é mandão”. Concorda? — Quem costuma iniciar uma conversa a dois? Quem costuma por um ponto final nas conversas? — Quem é mais falador? — Considera o seu/sua parceiro(a) como confidente? — Que importância atribui à capacidade de serem confidentes na vida? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Resultados (4ª consulta - 17.05.2023): -O Sr. J. refere que em a Sr.ª M.L. quando contrariada passava “<i>longos períodos sem falar</i>” com o marido numa postura de mutismo, sem lhe explicar a razão, vindo isto a acontecer há vários anos. Muito insatisfeito com a comunicação em casal. Pontuou no nível 4. Diz-se mais falador do que a esposa. -Sr.ª M.L. pontua satisfação no nível 6.
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não ou Itens 1; 2: Não ou Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Não Eficaz (4ª consulta - 17.05.2023) - > Intervenções e Resultados descritos juntamente com o <i>Coping</i> Familiar.	

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	As dimensões Interação Sexual e Função Sexual não foram avaliadas. Neste casal a prioridade estabelecida foi a relação dinâmica do casal, pelo que se optou por não abordar assuntos relacionados com a sexualidade do casal, uma vez que também a relação terapêutica ainda é recente.
	B.1.3- Função Sexual	Quando abordadas as complicações da Diabetes foi nomeada a Disfunção Sexual e quando questionada a Sr.ª L. não mencionou sofrer deste tipo de complicação. Quando abordada esta questão o casal não quis desenvolver o assunto, não direcionando o diálogo neste sentido. Estas dimensões deverão ser avaliadas futuramente pela enfermeira de família, após as questões de comunicação estarem resolvidas e a Comunicação do casal passar a ser Eficaz.

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica -Está satisfeito com a sua relação com as vossas filhas? (atentar na resposta dos dois) -Exerce o papel de mãe de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas das vossas filhas? -Exerce o papel de pai (depende do termo que utilizarem) de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas das vossas filhas? -Considera ter uma relação com as vossas filhas de adulto para adulto? (avaliar o respeito pela individualidade)	Resultados (2ª consulta - 15.03.2023): Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica -Como encaram o facto das vossas filhas serem adultas, mães de família? -Como era a vossa relação antes de ele sair de casa? E agora? -Com estas alterações de vida têm conseguido redefinir a vossa relação com as vossas filhas, de adulto para adulto? -Qual acham que é a opinião das vossas filhas sobre a vossa relação com ele, enquanto pais? Qual o motivo? -Atualmente costumam interferir na vida das vossas?	Resultados (2ª consulta - 15.03.2023): Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto demonstrada
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade enetos</u>	Atividade diagnóstica - Como encaram o facto das vossas filhas construírem as suas próprias famílias? - Com que idade construíram a vossa família? - Qual a vossa relação com os vossos genros? Qual a vossa opinião sobre eles? - Como é a vossa relação com os vossos netos? Qual a vossa opinião sobre eles?	Resultados (2ª consulta - 15.03.2023): Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
	Atividade diagnóstica	Resultados (2ª consulta - 15.03.2023):

<u>Satisfação com o contacto mantido</u>	-Que tipo de contato têm com as vossas filhas? -Estão satisfeitos com esse padrão?	Satisfação com o contacto mantido
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a) Atividade diagnóstica -Como era a vossa relação com as vossas filhas anteriormente? -O que mudou? -Estão satisfeitos com o tipo de relação que têm atualmente? E com os vossos genros? -Açam que as vossas filhas estão satisfeitas com o tipo de relação que têm convosco?	Resultados (2ª consulta - 01.03.2023): Satisfação com a relação mantida filhas e genros
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Existência de consenso do papel	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.4 – Conflito do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de conflitos de papel	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel SIM	
Dimensão	B.7.5 – Saturação do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de saturação do papel	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel NÃO	
Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)	
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim	
Diagnóstico:	• Papel parental adequado (2ª consulta - 01.03.2023)	

F- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente
SIM
NÃO X

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe – 13+12= 25 pontos- Menor probabilidade de incidência de doenças

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	Sendo que a família corresponde a um casal, as questões de comunicação já foram abordadas na dimensão comunicação de casal, anteriormente.

Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica 25. Quem na família expressa mais os sentimentos? 26. Quem tem iniciativa para os resolver? 27. Existe discussão sobre os problemas na família 28. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas 29. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas 30. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	Resultados 25. Sr.ª F. 26. Ambos 27. Sim 28. Não 29. Não 30. Sim
Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver ou os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Não Eficaz (4ª consulta – 17/05/2023)	

Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel provedor</u>	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (4ª consulta – 17/05/2023): Sr. J. e Sr.ª M.L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (4ª consulta – 17/05/2023): Sr. J. e Sr.ª M.L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica	Resultados (4ª consulta – 17/05/2023):

<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Sr. J. e Sr.ª M.L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação -NÃO
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Recreativo</u>	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (4ª consulta – 17/05/2023): Sr.ª M.L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel de Parente</u>	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (4ª consulta – 17/05/2023): Sr.ª M.L.: Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação – NÃO
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Não Eficaz por Saturação Papel de Cuidado Doméstico (4ª consulta – 17/05/2023) Interação de Papéis Não Conflitual (4ª consulta – 17/05/2023)	

Dimensão		C.2.4- Relação Dinâmica
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Influência e Poder</u>	Atividade diagnóstica Quem é o membro com maior poder na família? Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros?	Resultados (4ª consulta – 17/05/2023): Os dois membros. Sim.
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Alianças e Uniões</u>	Atividade diagnóstica - 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?	Resultados (4ª consulta – 17/05/2023): Não Sim
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica	Resultados (4ª consulta – 17/05/2023):

<u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	-FACES II	Sr. J.: Coesão Familiar: 4+3+3+4+4+5+4+4+5+5+5+4+5+5+4=69 - Ligada Adaptabilidade: = 5+5+5+4+3+3+5+4+4+4+2+4+1+5=54 – Flexível Tipo de Família: Moderadamente Equilibrada Sr.ª M.L.: Coesão Familiar: 4+3+4+4+3+5+4+4+5+5+5+4+5+5+4=69 - Ligada Adaptabilidade: 5+5+5+4+3+3+5+4+4+4+2+4+1+5=54 - Flexível Tipo de Família: Moderadamente Equilibrada
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Funcionalidade da Família</u>	Atividade diagnóstica Funcionalidade da Família – APGAR Familiar de Smilkstein	Resultados (4ª consulta – 17/05/2023): Apgar Familiar de Smilkstein: Família Altamente Funcional (para ambos 2+2+2+2+2= 10)
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional (4ª consulta – 17/05/2023):	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: • Comunicação Não Eficaz e/ou • <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional
Diagnóstico:	Processo Familiar Disfuncional por <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz (4ª consulta – 17/05/2023):
Resultados Desejados: <i>Coping</i> Familiar Eficaz	
Intervenções: Promover a comunicação expressiva das emoções Promover a comunicação do casal Planear rituais familiares Motivar para atividades em conjunto Promover estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família Negociar estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família	

Fundamentação: As cartas terapêuticas serviram como extensão dos diálogos desenvolvidos na sessão, uma vez que levantam questões reflexivas que convidam o indivíduo a um território inabitado, onde pode buscar resolver seus problemas e co-construir novas realidades, através de uma visão não-patologizante do problema, que promove mudanças que podem ser testemunhadas pelos outros membros da família (Paré & Rombach, 2003 como citado em Paiva & Raser, 2012).

A escrita criativa contribui para a ativação do hemisfério direito do cérebro, que propicia o desenvolvimento da criatividade, da inteligência emocional e ainda garante um equilíbrio entre os dois, o emocional e o racional (Maley, 2012). Ao possibilitar um espaço de distanciamento, esta técnica permitiu a reflexão sobre os eventos, colocando os membros do casal no centro do processo e dando-lhes autoridade para decidir, refletir e descobrir soluções para os seus problemas (Davidson, Birmingham, 2001).

Questões reflexivas/circulares sobre a carta:

Com o questionamento após realização da carta, a Sr.^a M.L. identificou que os pontos em comum entre a sua história e a dos pais eram apenas ao facto do marido ir ao café todos os dias.

Para identificação dos pontos díspares entre as histórias, questionou-se a Sr.^a M.L.: *Quantas vezes, em 63 anos de casados, viu o seu marido alcoolizado?* Ao que respondeu: *nenhuma*. À questão: *Quantas vezes, em 63 anos de casados, o seu marido lhe bateu?* A resposta foi: *nenhuma*. *Quantas vezes, o seu marido veio agressivo do café?* A resposta foi: *nenhuma*. Por fim, a Sr.^a L. assumiu que haviam mais pontos diferentes do que iguais entre ambas as histórias e que tinha na verdade “*medo o marido fosse para o café consumir álcool*” e como mecanismo de defesa utilizava o mutismo. *São histórias diferentes, os seus pais já não podem mudar a história deles, mas vocês têm esse poder. Querem reescrever a vossa história?* Ambos concordaram e assentiram. Quando a Sr.^a M.L. foi questionada: *Se o seu marido fosse jogar cartas em outro sítio que não o café, o que mudaria?* Ao que respondeu: *Tudo! O que me aflige é ele estar no café!* Ao que o Sr. J. interveio de imediato e disse: *Já podias ter dito. Não meto mais os pés no café! Quando for jogo no parque, acabou-se!* Fez-se ainda recurso do questionamento circular para identificar os sentimentos de ambos quando o mutismo se instalava e por fim, a Sr.^a M.L. foi questionada se o mutismo da mãe ajudava a que o pai não consumisse álcool, ao que assumiu: *Nada... Ele estava sempre bêbado à mesma!* Como estratégias para a história dos seus pais, a Sr.^a M.L. tinha identificado na carta “*momentos a sós, uma simples conversa sincera*”. Quando questionada se poderia utilizar essas estratégias na sua história para ter um final feliz, a resposta foi “*Claro... É o que faz mais sentido. Vamos fazer diferente.*” Ao que o marido respondeu: “*Vamos fazer diferente e ter um final diferente para nós.*”

Metáfora da vida real/ vida história/ final feliz

Fundamentação:

A metáfora permitiu ao enfermeiro entrar no sistema terapêutico e representar comportamentos relações, interações ou ainda regras do sistema familiar e ainda transmitir à família o resultado da observação: análises, hipóteses e ideias sobre ela, de forma subtil (Sanches & Peixoto, 1996). Utilizou-se uma metáfora relacionada com a antiga profissão do Sr. M., que era bombeiro, que pode ser consultada em anexo. Partindo de contexto profissional a metáfora foi utilizada intencionalmente para influenciar o outro (Tay, 2013, Törneke, 2017; Cohen, 2018).

Avaliação de resultados das intervenções	Data: (5ª consulta – 31.05.2023) Sr. J. não tem ido ao café jogar as cartas.
	(6ª consulta – 07.06.2023) Sr. J. foi pontualmente jogar as cartas no jardim com os colegas. A Sr. ^a M.L. não tem recorrido ao mutismo, tem conversado com o marido e expressado os seus sentimentos.
Diagnóstico	(Comunicação Eficaz/ Satisfação Conjugal Mantida) Coping Familiar Eficaz Processo Familiar Não Disfuncional

ANEXO XVI- Planos de Cuidados Individuais da Família 6

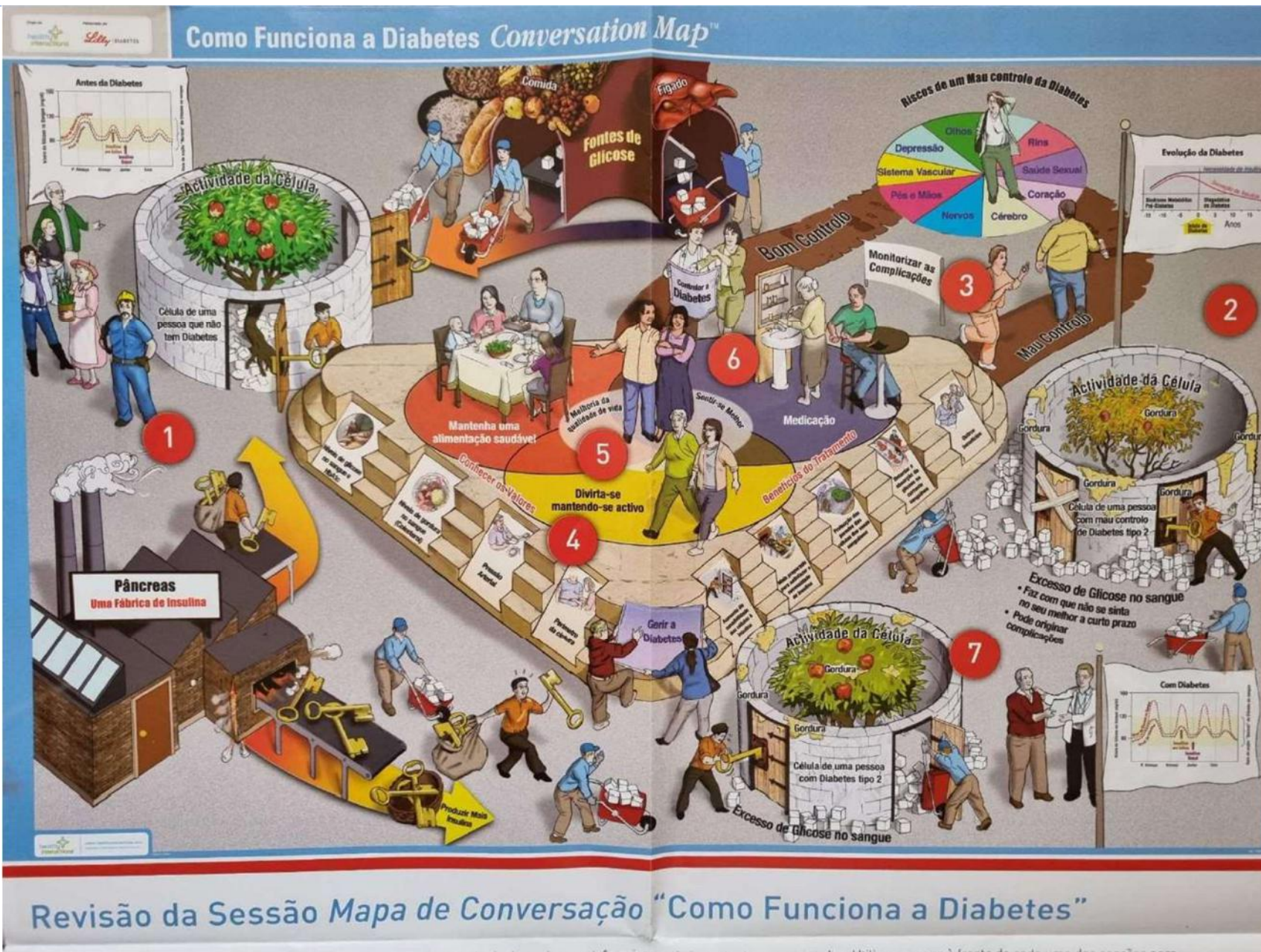
Plano de Cuidados da Sr.ª M.L.

Foco	Aceitação do Estado de Saúde (15.02.2023)	
Critérios diagnósticos	Aceitação do estado de saúde comprometida se: -Consciencialização comprometida e/ou -Crenças Dificultadoras e/ou -Capacidade para participar (envolvimento) comprometida e/ou -Volição Comprometida	
	Atividade diagnóstica Averiguar: -Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde -Abandono do conceito da condição de saúde anterior -Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição -Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde -Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde -Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde	Resultados (1ª consulta 15.02.2023) -Consciencialização não comprometida -Inexistência de Crenças Dificultadoras -Envolvimento não comprometido -Volição Não comprometida
Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde não Comprometida (1ª consulta 15.02.2023)	

Foco	Gestão do Regime Terapêutico	
Critérios diagnósticos	GRT Não demonstrado se: • Conhecimento Não demonstrado (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico) e/ou • Adesão Não Demonstrada (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Diabetes: -Definição da doença -Complicações do processo patológico -Sinais de hiperglicemia/hipoglicemia -Atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia	Resultados: -Define doença corretamente -Não descreve complicações do processo patológico -Sinais de hiperglicemia/hipoglicemia -Atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia
	Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Regime Dietético:	Resultados -Não escreve dieta recomendada (consistência, horário, quantidade) -Não descreve os alimentos adequados/ a evitar -Descreve as orientações para a preparação dos alimentos
	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica e resultados Avaliar Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso:	Resultados: -Descreve a via de administração do medicamento -Não descreve o efeito pretendido com o medicamento -Não descreve efeitos secundários/ interação do medicamento -Descreve o armazenamento do medicamento
Atividade Diagnóstica	Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre regime de Exercício Físico:	Resultados - Descreve tipo, frequência e intensidade do exercício - Descreve equipamento de proteção e segurança adequado ao tipo de exercício
Critérios diagnósticos	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento não Demonstrado: Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado (15.02.2023) Conhecimento sobre Regime de Medicamentoso Não Demonstrado (15.02.2023)	

Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime Dietético Averiguar se: - Explica as relações entre dieta, exercício e peso corporal - Adequa a dieta - Explica as razões para a dieta recomendada - Lê e interpreta os rótulos dos produtos alimentares	Resultados EAD- alimentação geral: 7 EAD – alimentação específica: 3,28 <i>“nunca ninguém me deu um plano alimentar” / “sempre comi assim e sempre fui saudável” / “como assim para ter forças para trabalhar”</i> Pequeno-almoço: chá+ pão sementes+ manteiga Almoço – prato principal com massa ou arroz ou batata + sopa (tem feijão) Sobremesa é todos os dias ou um palmier ou um quadrado de chocolate <i>“não me tire isso”</i> Lanche – Leite com granola Jantar – sopa (tem batata) + sandes
	Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica e resultados Avaliar Adesão ao Regime Medicamentoso Averiguar se: - Providencia / adquire medicamento - Ajusta Horário e dose do medicamento - Prepara medicamento	Resultados EAD: 7 Escala MAT: 5,71 em 6 Adesão Sr. ^a L ibersartan /hidroclorotiazida 300/12,5mg 1 manhã, Bisoprolol 2,5mg manhã, Jardiance 10mg, Stagid 700mg manhã, xarelto 20mg noite, sinvastatina 20mg noite.
	Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime de Exercício Físico Averiguar se: - Adequa o tipo de exercício em função das necessidades/ restrições - Adequa a frequência do exercício em função das necessidades/ restrições - Adequa a intensidade do exercício em função das necessidades/ restrições	Resultados EAD: 0 “ando muito pouco”
Critérios diagnósticos	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrado (15.02.2023) Adesão ao Regime Medicamentoso Não Demonstrado (15.02.2023) Adesão ao Regime de Exercício Demonstrado (15.02.2023)	

Resultados Desejados	Adesão ao Regime Dietético / ao Regime Medicamentoso / ao Regime de Exercício Demonstrada
Intervenções Sugeridas	Incentivar tomada de decisão Encorajar tomada de decisão Incentivar comportamento de adesão Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física Ensinar sobre padrão de exercício Ensinar sobre padrão alimentar Ensinar sobre comportamento de adesão Incentivar hábitos alimentares saudáveis Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	-Mapa Conversação Diabetes® “Como Funciona a Diabetes” - Fisiologia - Progressão, Doença “silenciosa” - Riscos do Mau Controlo Diabetes – Complicações - Controlo da Diabetes: Alimentação/Medicação/ Exercício Físico -Metáfora: chave para o controlo DM2



Revisão da Sessão Mapa de Conversação "Como Funciona a Diabetes"

-Mapa Conversação da Diabetes® “Alimentação Saudável e Atividade Física”:

-Secção inferior esquerda do MCD® (1):

Ensinar sobre a importância do equilíbrio entre alimentação e atividade física no controlo da DM2.

Utilização da metáfora da balança para acertar no “alvo”.

-Secção superior esquerda do MCD® (2):

Ensinar sobre a alimentação específica na diabetes.

Ensinar sobre o impacto do álcool na adição de calorias à refeição e no controlo glicémico

Ensinar importância da análise dos rótulos

Ensinar quantidades ideais dos alimentos (imagens mãos)

-Secção inferior direita MCD® (7):

Ensinar a importância de envolver a família

Ensinar a importância de traçar objetivos

Fundamentação:

O MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física”, fornece informações sobre escolhas alimentares e tamanhos de porções, juntamente com diferentes tipos de atividade física (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017).). Cada mapa inclui seis componentes, incluindo visual, compartilhamento de informações, cartões de atividades, interação em grupo, um guia do facilitador e um cartão de estabelecimento de metas (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017; Defeudis et al, 2018).



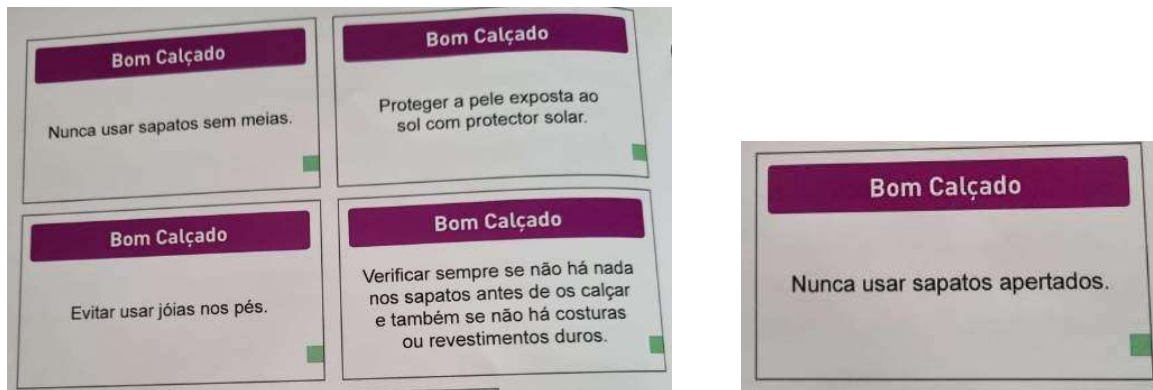
	Entrevista Motivacional 24) Identificar estágio de mudança: Pré-contemplação – não tem pensamentos sobre mudança comportamento (gorduras, excesso de hidratos de carbono e consumo de açúcar e doces/ não fazer exercício físico). Nível mínimo de motivação intrínseca e nível máximo de resistência. 25) Identificar valores/ objetivos pelos quais se rege: Sr.ª M.L. quer ter uma boa qualidade de vida para “<i>ver crescer os netos</i>” 26) Consciencializar para o problema. Complicações da Diabetes. 27) Acha que deveria mudar algo? O quê? 28) Utilizar metáfora 29) Aludir à capacidade de ultrapassar problemas anteriores. Reforço positivo. Os ganhos em saúde com a entrevista motivacional com a Sr.ª M.L. dizem respeito à consciencialização da nocividade do padrão de comportamento que tem e da necessidade de mudança. A intervenção é muito ao nível dos conhecimentos sobre fatores de risco e complicações da DM2 por forma a impactar a Sr.ª M.L. e motivar a decisão para a mudança. O elogio e reforço positivos relembram a sua resiliência e capacidade de mudança no passado e determinação. Fundamentação: A entrevista motivacional é considerada uma ferramenta útil e estratégica de educação em saúde para mudança de estilos de vida saudáveis, estando a sua eficácia amplamente comprovada na melhoria da adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DM2 (Menezes et al, 2022; Lima et al, 2019; Cedillo & Antunes, 2015). A EM mostra-se uma alternativa promissora que pode ser utilizada para a melhoria do comportamento alimentar de idosos diabéticos e hipertensos atendidos pelas equipas de saúde familiar (Menezes et al, 2022). Ao promover um ambiente que sustenta a autodeterminação do utente, a EM apoia o desenvolvimento de objetivos que suportem valores pessoais, permitindo a mudança para regulações mais autónomas e assegurando que o utente é capaz de individualizar/adaptar as mensagens de saúde (generalistas) a si, à sua vida, aos seus condicionalismos (Silva et al, 2013).
Avaliação de resultados das intervenções	15.03.2023: -Define doença corretamente /Descreve complicações do processo patológico, Sinais de hiperglicemia/hipoglicemia e Atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia 31.05.2023: Explica as relações entre dieta, exercício e peso corporal, explica as razões para a dieta recomendada. Explica importância do exercício físico no controlo metabólico. 07.06.2023: Tem caminhado 20 minutos 2 vezes por semana com o marido.
Diagnóstico	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado (15.03.2023) Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado (07.06.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado (07.06.2023) Adesão ao Regime de Exercício (07.06.2023)

Foco	Auto-Vigilância (07.06.2023):	
Critérios diagnósticos	Auto-Vigilância não Demonstrada se: • Conhecimento Não demonstrado Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés • Adesão Não Demonstrada (Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento para promover auto - vigilância da glicemia capilar Demonstrado /Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento para promover a auto-vigilância da glicemia capilar	Resultados 07.06.2023): -Descreve material necessário, técnica, regularidade EAD = Nível de Adesão à Monitorização de Glicemia= (Não lhe foi recomendado. Não tem glucómetro)
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés	Resultados (07.06.2023): -Descreve importância de manter pés limpos, secos e hidratados e cumpre -Não descreve importância da autovigilância dos pés nem a regularidade -Não descreve parâmetros a ter em atenção na autovigilância dos pés “Ele tem muito jeito para cortar as unhas. Ele corta as minhas.”
Critérios de Diagnóstico	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar Demonstrado (15.02.2023) Conhecimento sobre autovigilância dos pés Não Demonstrado (07.06.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão à Autovigilância da glicemia capilar Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância da glicemia capilar	Resultados (09.06.2023): -Não faz autovigilância da glicemia capilar de forma regular por indicação médica. Tem máquina avariada. EAD: 0 dias em média
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância dos pés	Resultados (09.06.2023): - Não faz autovigilância dos pés EAD: 5,3 dias em média. Lava e seca os pés diariamente, mas não tem a prática de os observar.
Critérios de Diagnóstico	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão à Autovigilância da Glicemia Capilar Demonstrada (07.06.2023) Adesão à Autovigilância dos pés Não Demonstrada (07.06.2023)	
Diagnóstico	Auto-vigilância não Demonstrada (09.06.2023)	

Resultados Desejados	Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre autovigilância dos pés Incentivar tomada de decisão Encorajar tomada de decisão Incentivar comportamento de adesão Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física Ensinar sobre comportamento de adesão Incentivar hábitos alimentares saudáveis Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	-Mapa de Conversação em Diabetes® “A Diabetes e os Cuidados com os Pés” Secção superior esquerda do MCD® (1): Ensinar sobre como prevenir complicações nos pés Secção central do MCD® (2): -Ensinar sobre a importância de examinar os pés diariamente/ Como observar e o que procurar no exame diário dos pés -Dar cartões e pedir para analisar e descrever se já encontrou este tipo de achados. Em caso afirmativo questionar o que fez. -Pedir para o Sr. J. fazer o auto-exame do pé em 15 minutos.  Grid of 6 cards illustrating foot conditions to look for: - Nódoas negras - Calosidades (peles endurecidas) - Golpes e pele estalada ou seca - Deformidades e inchaço - Descoloração e vermelhidão - Infecções fúngicas, vulgarmente conhecido como "pé de atleta" (Tinha)  Grid of 5 cards illustrating foot conditions to look for: - Partes quentes ou frias - Unhas encravadas - Unhas endurecidas - Pele mirrada e esbranquiçada pela água - Feridas, bolhas e úlceras

Secção inferior central MCD® (4): Analisar a imagem da sapataria. / Ensinar sobre calçado.

- Distribuir cartões relativos ao “bom calçado” e proteção dos pés. Análise.



Secção superior direita do MCD® (5):

- Ensinar sobre procura dos serviços de saúde.
- Ensinar sobre o exame de avaliação do risco de úlcera diabética.
- Realizar exame de avaliação do risco de úlcera diabética.

-Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé: Baixo Risco – ausência de sinais de neuropatia, isquemia, úlcera ou antecedentes de amputação anterior. Deve manter-se em vigilância anual.

Avaliação de resultados das intervenções

Final 5ª consulta – (09.06.2023):

- Compreende importância da autovigilância dos pés
- Refere cuidados a ter com os pés
- Refere como proteger os pés e as características do “bom calçado”
- Refere como fazer o auto-exame dos pés e com que periodicidade
- Refere quando deve recorrer aos serviços de saúde
- Refere a importância de realizar a avaliação de risco de úlcera diabética
- Pretende iniciar autovigilância dos pés.

Diagnóstico

Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado (final consulta (07.06.2023)

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.

Mapa de Conversação A diabetes e os cuidados com os pés



A Diabetes e os Cuidados com os Pés Diabetes Mapas de Conversação Revisão da Sessão

Plano de Cuidados do Sr. J.:

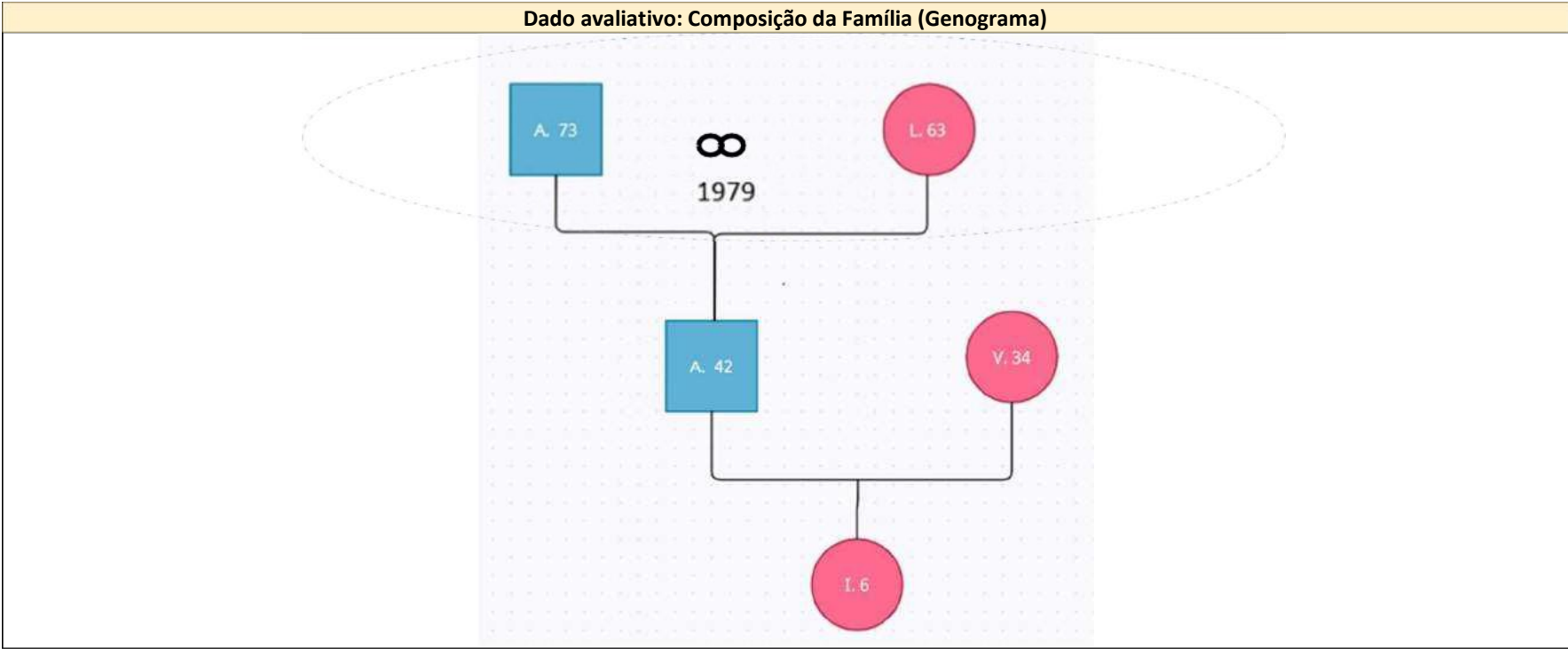
Foco	Risco de Diabetes (26.04.2023)	
Critérios diagnósticos	O Risco de vir a desenvolver Diabetes tipo 2 dentro de 10 anos é: -Baixo – se pontuação escala <7 pontos -Ligeiro - se pontuação escala 7-11 pontos -Moderado – se pontuação escala 12-14 pontos - Alto - se pontuação escala 15-20 pontos - Muito Alto - se pontuação escala > ou igual a 20 pontos	
Atividade diagnóstica	Avaliar o Risco do Sr. J. vir a Desenvolver Diabetes tipo 2	Resultados: Idade – 4 pontos IMC – 24, 84 kg/m²– 0 ponto Perímetro Abdominal <94– 0 pontos Pratica de Exercício – não - 2 pontos Consumo de vegetais e fruta – diário – 0 pontos Medicação para HTA – Sim – 2 pontos Alguma vez teve o nível de glicose alto – não – 0 pontos Famíliares com DM2 – não – 0 pontos = 8 pontos
Diagnóstico	Risco Ligeiro (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2	
Resultados Desejados	Que o Risco de DM2 passe a ser BAIXO	
Intervenções Sugeridas	Incentivar comportamento de adesão (26.04.2023) Encorajar tomada de decisão (26.04.2023) Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física (26.04.2023) Ensinar sobre padrão de exercício (26.04.2023) Ensinar sobre padrão alimentar (26.04.2023) Ensinar sobre comportamento de adesão (26.04.2023) Incentivar hábitos alimentares saudáveis (26.04.2023) Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz (26.04.2023)	
Avaliação do Resultado das Intervenções	Avaliar o Risco de Diabetes Tipo 2	
Diagnóstico	Baixo Risco (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2 (26.04.2023) (4+0+0+0+0+2+0+0 = 6 pontos). Diminuição da pontuação por início de atividade física.	

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.

ANEXO XVII - Plano de Cuidados da Família 7

1º contacto – 17/02/2023 (Sr. A+ Sr.ª L.) visita domiciliária duração: 2h15 <u>Objetivos:</u> -Apresentar o Projeto. Obter consentimentos verbais dos participantes. -Avaliar a família segundo a dimensão estrutural do MDAIF -Realizar Genograma e Ecomapa da Família -Preencher Graffar Adaptado -Identificar forças e recursos na família -Avaliar necessidade em cuidados dos membros da família - Realizar atividade diagnóstica no âmbito da Satisfação Conjugal -Avaliar e intervir na Aceitação do Estado de Saúde do Sr. A.: uso de MCD® “Viver numa Família com Dm2”	2º contacto – 22/03/2023 (Sr. A+ Sr.ª L.) visita domiciliária duração: 2h00 <u>Objetivos:</u> -Avaliar a família segundo a dimensão estrutural do MDAIF -Realizar Genograma e Ecomapa da Família -Preencher Graffar Adaptado -Identificar forças e recursos na família -Avaliar necessidade em cuidados dos membros da família -Realizar atividade diagnóstica no âmbito do Papel Parental -Intervir na Aceitação do Estado de Saúde do Sr. A.: uso de MCD® “Viver numa Família com Dm2”” (continuação) -Avaliar Risco de DM2 da Sr.ª L.	3º contacto – 03/04/2023 (Sr. A+ Sr.ª L.) visita domiciliária duração: 2h30 <u>Objetivos:</u> -Avaliar e Intervir ao nível da Relação Dinâmica Disfuncional e Interação de Papéis Não Eficaz: -Motivar/ Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas - Promover a comunicação expressiva das emoções/ comunicação do casal - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover o envolvimento da família - Colaborar na identificação dos papéis familiares - Avaliar as dimensões não consensuais do papel - Avaliar saturação do papel - Motivar/ Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel -Intervir ao nível do diagnóstico Conhecimento sobre DM2 não demonstrado: uso de MCD® “Como Funciona a Diabetes” -Preencher EAD com Sr. A.
4º contacto – 28/04/2023 (Sr. A+ Sr.ª L.) visita domiciliária duração: 2h30 <u>Objetivos:</u> - Intervir ao nível da Relação Dinâmica Disfuncional e Interação de Papéis Não Eficaz -Intervir ao nível do diagnóstico Adesão ao Regime Dietético não Demonstrada: uso de MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física -Realizar Entrevista Motivacional ao Sr. A.	5º contacto – 31/05/2023 (Sr. A+ Sr.ª L.) visita domiciliária duração: 2h15 <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções ao nível da Relação Dinâmica e Interação de Papéis. Reajustes. -Realizar Atividade Diagnóstica no âmbito do <i>Coping</i> -Preencher Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe e APGAR Familiar e FACES -Intervir ao nível do <i>Coping</i> não Eficaz: - Promover estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família - Negociar estratégias adaptativas/<i>coping</i> na Família	6º contacto – 14/06/2023 (Sr. A+ Sr.ª L.) visita domiciliária duração: 1h30 <u>Objetivos:</u> - Obter feedback das intervenções implementadas. - Intervir ao nível da Autovigilância dos Pés não demonstrada através do MCD® “Diabetes e os Cuidados com os pés” -Obter feedback do casal quanto ao projeto

A - DIMENSÃO ESTRUTURAL



Família constituída pelo Sr. A. e pela Sr.ª L., independentes.

Sr. A.	Sr.ª L.
Diagnóstico de DM2 em 09/2022 HbA1c- 6,5 % (não sabe o que é) PNV atualizado até 03/2025. 157/ 76mmHg (3ª avaliação). Diz que não é hipertenso nem diabético. “Nunca ninguém me disse” Camionista reformado	PNV atualizado até 06/2025. Letter 0,1mcg. Não fuma. Não consome álcool. Come 2 pães por dia. Consome enlatados (alto teor sal). Alto risco de Diabetes tipo 2 (mãe diabética). Chora ao falar da doença da mãe e das complicações renais. “Eu bem digo ao A. para ter cuidado enfermeira, eu conheço em essa doença.” Não faz exercício físico, mas relata experiência positiva.

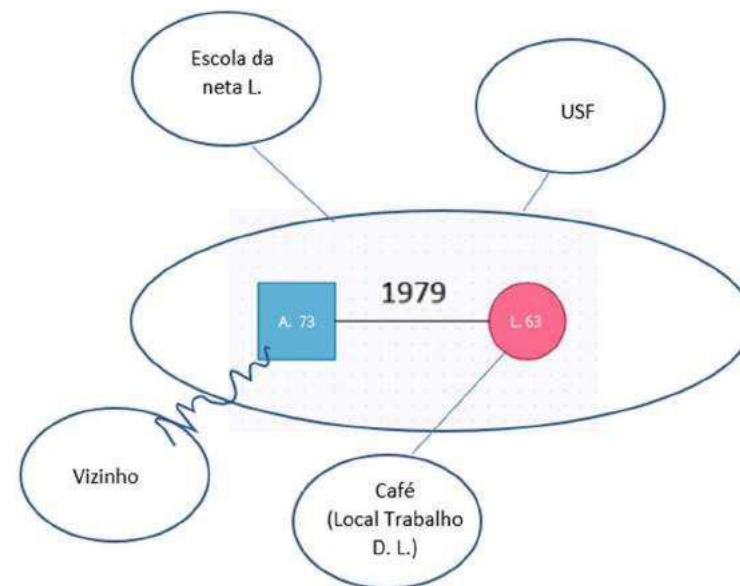
➤ Composição Familiar: Composição Familiar: Sr. A. e Sr.ª L.

Tipo de Família: Nuclear

Etapa ciclo vital: Família com Filhos Adultos

O Sr. A e a Sr.ª L. têm contacto com o filho A, nora V e neta I, diariamente, presencialmente, tendo estes contatos a função de regulação social e apoio emocional. Quanto aos sistemas mais amplos, a família tem contato com o café onde Sr.ª L. trabalha, têm consultas médicas e de enfermagem na USF e contatam a escola da neta I.. Possuem ainda um vizinho com quem têm má relação, “*por questões antigas*”.

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)



Dado avaliativo: Classe social

Habitação Graffar C.Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo 24-02-2023

Tipo de alojamento

Alojamento móvel
Apartamento
Barraca/casebre
Desconhecido
Hotel/pensão
Instituição
Moradia
Outro
Quarto/parte de casa

Regime de ocupação

Arrendada
Cedida
Desconhecido
Outro

Tipologia

T0
T1
T2
T3 ou mais

Estado geral de conservação

Bom
Desconhecido
Mau

Conforto

Bom
Desconhecido
Mau

Mobiliário e equipamento básico

Insuficiente
Suficiente

Casa de banho

Fora do alojamento
Inexistente
No alojamento

Aquecimento

Central
Desconhecido
Local
Nenhum

Higiene

Boa
Desconhecida
Má
Perigosa

Electricidade

Desconhecido
Não
Sim

Barreiras arquitectónicas

Desconhecido
Não
Sim

Água

Não
Sim

Distribuição

Desconhecido
Fontenário a - de 100m de c
Fontenário a + de 100m de c
Fora do alojamento
No alojamento

Origem

Particular
Rede pública

Salubridade da zona residencia

Insalubre
Salubre

No interior

No exterior

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópia	Bairro de lata
Classe Social MÉDIA				

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) grau 3 - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Sr. A. Era camionista. Reformado há 15 anos. Sr.ª L. trabalha num café.
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> E Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	(1ª consulta - 17.02.2023) Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação :3 - Conhecimento <u>Demonstrado</u> sobre riscos de edifício - Higiene da Habitação Presente - Conhecimento Demonstrado sobre governo da casa
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	(1ª consulta - 17.02.2023) Edifício residencial Seguro

Foco	A.3- Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Precaução de Segurança	- Existência de Barreiras arquitetónicas: escadas - Aquecimento local - Existência de <u>Abastecimento de gás (canalizado)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás.
Critérios diagnósticos	<u>Precaução de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico	(1ª consulta - 17.02.2023) Precaução de Segurança Demonstrada

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência <u>Abastecimento de água</u> rede pública, canalizada -Conhecimento Demonstrado sobre o controlo da qualidade -Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Critérios diagnósticos	<u>Abastecimento de Água Não Adequado</u> , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 22.02.2023) Abastecimento de Água Adequado

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	Ambiente Biológico: 2 cães (Leão – rafeiro alentejano e Snoop - lavrador). Vacinas atualizadas e desparasitação também.
Critérios diagnósticos	<u>Animal doméstico negligenciado</u> , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	(1ª consulta - 22.02.2023) Não se adequa

H- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

*Nota: fazendo parte da dimensão desenvolvimento o **planeamento familiar** e a **adaptação à gravidez** não são avaliados porque não se aplica à etapa desenvolvimental em que esta família se encontra.

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	B.1.1.1- Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas Atividade diagnóstica Questões Lineares, de Escala e Circulares: -- Qual é a vossa situação laboral? -- Como dividem/partilham as tarefas domésticas? -- Que percentagem de tarefas domésticas costuma fazer? -- Sentem-se satisfeitos com a forma como partilham/dividem as tarefas domésticas? De 1 a 10, quanto? -- Já conversaram sobre a divisão de tarefas domésticas entre vocês? -- A que conclusões chegaram? -- O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Resultados (1ª consulta – 15.02.2023) Sr.ª L. pontua satisfação no nível 4. <i>“Uma vez que eu trabalho e ele está em casa, ele podia muito bem resolver problemas que vão aparecendo...consertar uma janela...pagar uma conta...pagar o IMI, por exemplo. Mas não. Só pensa nas coisas do campo e esquece que a casa precisa de governo e que eu trabalho! Desde que se reformou está pior.”</i> Sr. A. <i>“Ela tem mais habilidade para resolver problemas... Que é despachada e trata muito bem de tudo eu não vejo isso como um problema. Isso são tudo coisas tão pequenas...que diferença lhe faz fazer isso? Ela é muito mandona.”</i> Satisfação nível 8
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos Atividade diagnóstica e resultados Questões Lineares, de Escala e Circulares: -- Que tempo reservam para estarem juntos e a sós? -- Que tempo de qualidade estiveram juntos, a dois, na última semana? -- Está satisfeito(a) com o tempo que passam juntos? -- Como qualificaria o tempo que passam juntos? -- Que importância tem o tempo que passam juntos? -- Na sua opinião, o tempo que passam juntos deveria aumentar ou diminuir? -- Expressou a sua opinião sobre o tempo que passam juntos ao parceiro? -- Que atividades recreativas gosta de partilhar com o seu parceiro? -- Têm interesse em passatempos comuns? -- Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos? -- Que atividades gosta de realizar sozinho(a)? (perguntar individualmente) -- Está satisfeito com o tempo para as atividades individuais? -- Na sua opinião, esse tempo deveria aumentar ou diminuir? -- Que opinião têm sobre os interesses/passatempos do vosso parceiro? -- Que tarefas/atividades considera que vos retira tempo para estarem juntos? -- É possível alterar o tempo que gasta nelas?	Resultados (1ª consulta – 15.02.2023) - Ambos os elementos do casal estão satisfeitos com o tempo que estão juntos no nível 8. Sr.ª L. <i>“Eu ainda trabalho, mas as 17h estou em casa. Temos os fins de dia e os fins de semana juntos. Gostamos de ir conhecer lugares novos, ir viajar. Vamos dormimos num hotel, faz-nos bem. Ele tem muito tempo para as coisas dele, eu também tenho para as minhas. Gosto de ver novelas e fazer malha. É importante termos tempo para tudo.”</i> Sr. A. <i>“Eu já estou reformado há uns anos. Tenho tempo para as minhas coisas. Entretenho-me aqui no campito. Também gosto de fazer a minha geleia. Ela é que ainda trabalha, mas vamos aproveitando o tempo que temos juntos, e é um tempo bem passado. Passeamos, damos umas voltas...faz-nos bem.”</i>

	— Como poderia fazer para contornar isso? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Costuma conversar com o seu parceiro sobre os seus sentimentos? — Como reage quando o seu parceiro expressa o que sente? — Está satisfeito(a) com a forma como expressam o que sentem um ao outro? De 1 a 10 quão satisfeitos está? — Sente que o seu/sua parceiro(a) compreende os seus sentimentos? — Sente que o seu/sua parceiro(a) expressa os seus sentimentos de forma adequada? — De que forma costuma mostrar ao seu/sua parceiro(a) o que sente? — Costumam guardar para si o que sente em determinado momento? — Costuma chamar a atenção do parceiro para comportamentos que considerara desadequados? Como o faz? — Como reage o seu parceiro quando expressa comportamentos dele que não gostou? — E como reage quando o seu parceiro faz o mesmo acerca dos seus comportamentos? — Sente que o seu parceiro o(a) aceita totalmente, incluindo defeitos e virtudes? — Com quem realmente contam para se sentirem mais relaxados, quando estão tensos ou sob pressão? — Sentem que podem realmente contar com o parceiro quando precisam de ajuda?	Resultados (1ª consulta - 15.02.2023) - Ambos os elementos do casal estão satisfeitos com a forma como expressam os sentimentos, ambos pontuam no nível 8. Sr.ª L. – <i>“Falamos sobre tudo, sempre foi assim. Se não podermos contar um com outro vamos contar com quem?”</i> Sr. A. – <i>“Sabemos nos ler muito bem um ao outro. Compreendemo-nos bem.”</i>
Diagnóstico: Relação dinâmica Funcional / Satisfação Conjugal Mantida		15.02.2023

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um Atividade diagnóstica Questões Lineares e de Escala: — Têm facilidade em expressar um ao outro as vossas expectativas e receios? — Com quem costumam partilhar os vossos sucessos e fracassos? — Sente que as suas expectativas/receios são semelhantes às do seu/sua parceiro(a)? — Na última semana, quantas vezes confidenciaram um ao outro os vossos problemas? — Costuma ouvir com atenção as preocupações do seu/sua parceiro(a)? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro é compreensivo?	Resultados (2ª consulta – 22.03.2023): O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um. Ambos reconhecem a comunicação no casal como muito importante e dizem-se compreensivos e disponíveis um com o outro.

	— Na sua opinião, é compreensivo(a) com o seu/sua parceiro(a)? — Como poderia melhorar a sua disponibilidade no sentido de uma melhor compreensão? — Que importância atribui aos aspetos da comunicação, empatia e compreensão entre um casal?	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião Atividade diagnóstica e resultados — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto leva em consideração a opinião do seu/sua parceiro(a)? E quanto considera que deveria ser? — Na sua opinião, de 0 a 100%, quanto o seu/sua parceiro(a) leva em consideração a sua opinião? E quanto considera que deveria ser? — Descreva um episódio de discordância de opiniões entre vocês e como geriu a situação. — Costumam ter opiniões semelhantes sobre alguns assuntos? — A discordância de opiniões, usualmente, é sobre que temas? — Consegue expressar a sua opinião livremente, sem medo de represálias do(a) parceiro(a)? — Na sua opinião, há um padrão de concordância/discordância sistemática entre vocês? — Costuma fingir ter a mesma opinião do seu parceiro(a), para evitar discussões? — Numa semana, quantas vezes estão em discordância de opiniões? — Na sua opinião, o seu/sua parceiro(a) expressa opiniões contrárias às suas propositadamente? — Quando é necessário tomar uma decisão, pedem a opinião um do outro? — Quando as divergências surgem costumam fazer cedências? — Tentamos sempre solucionar os problemas em conjunto. Concorda?	Resultados (2ª consulta – 22.03.2023): O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião. Sr.ª L - “Normalmente sim, quando há discordância conversamos um com o outro e resolvemos. Vamos gerindo da melhor forma. Levamos sempre em conta a 100% a opinião do outro em tudo.” Sr. M – “Não somos iguais. Discordamos em alguns assuntos e tempos opiniões diferentes, mas isso é saudável. Faz-nos complementares um do outro.”
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal Atividade diagnóstica — Costumam ter momentos de diálogo enquanto casal? — Está satisfeito(a) com a forma como comunicam enquanto casal? De 1 a 10? — Como qualifica a comunicação entre vocês? Como gostaria que fosse? — Na sua opinião, comunicam entre vocês, de forma eficaz? — Como poderia melhorar a forma como comunica? — Sobre que tipo de assuntos costumam conversar enquanto casal? — E sobre que assuntos evita conversar? — Que assuntos gostaria de abordar com o seu parceiro? — Quando conversam estão a sós? — Quando acontece algo muito bom/mau, a quem conta primeiro? — Costumam telefonar/enviar mensagens um ao outro ao longo do dia? — Considera que têm a capacidade de comunicar e compreender o outro, sem falar? — Na sua opinião, a comunicação entre os dois é importante? — Na sua opinião, costumam discutir? Em média, numa semana, quantas vezes discutem?	Resultados (2ª consulta – 22.03.2023) Ambos estão satisfeitos com o padrão de comunicação do casal. Pontuam nível 8. Sr.ª L - “Acho que no geral comunicamos bem um com o outro. Não deixamos assuntos pendentes. Não dormimos chateados, isso é importante. As coisas são sempre resolvidas na hora. Costumo ligar durante o serviço para saber se o A. está bem. Não somos muito de elogiar ou criticar. Nesta altura do campeonato comunicamos muito sem abrir a boca”.

	— Costumam elogiar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) elogia? — Costumam criticar o vosso parceiro? Com que frequência? — Como reage o(a) seu/sua parceiro(a) quando o(a) critica? — Costumam conversar sobre a relação? — Que estratégias usa para fazer as pazes após uma discussão? — O meu parceiro, por vezes tem um comportamento inadequado comigo. Concorda? — Quando combinam algo entre vocês ambos seguem o acordado? — Costuma ser verbalmente agressivo(a) com o outro? E fisicamente? — “O meu parceiro é mandão”. Concorda? — Quem costuma iniciar uma conversa a dois? Quem costuma por um ponto final nas conversas? — Quem é mais falador? — Considera o seu/sua parceiro(a) como confidente? — Que importância atribui à capacidade de serem confidentes na vida? — O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Sr. M – “Comunicamos bem, respeitamo-nos um ao outro, somos parceiros. Podem até haver críticas e elogios, mas tudo com peso, conta e medida. Não nos aborrecemos com qualquer coisa. Hoje em dia temos maturidade que não tínhamos em outros tempos. Há vezes é preciso ouvir e deixar passar, pensar no assunto.”
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Eficaz (2ª consulta – 22.03.2023)	

Foco			B.1- Satisfação conjugal
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	As dimensões Interação Sexual e Função Sexual não foram avaliadas. Neste casal a prioridade estabelecida foi a relação dinâmica do casal, pelo que se optou por não abordar assuntos relacionados com a sexualidade do casal, uma vez que também a relação terapêutica ainda é recente.	
	B.1.3- Função Sexual	Quando abordadas as complicações da Diabetes foi nomeada a Disfunção Sexual e quando questionado o Sr.ª A. não mencionou sofrer deste tipo de complicação. Quando abordada esta questão o casal não quis desenvolver o assunto, não direccionando o diálogo neste sentido. Estas dimensões deverão ser avaliadas futuramente pela enfermeira de família, após as questões de comunicação estarem resolvidas e a Comunicação do casal passar a ser Eficaz.	

Foco			B.7- Papel parental - Família com filhos adultos
Dimensão			B.7.1- Conhecimento do papel
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental		
	<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica -Está satisfeito com a sua relação com as vossas filhas? (atentar na resposta dos dois) -Exerce o papel de mãe de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas das vossas filhas? -Exerce o papel de pai (depende do termo que utilizarem) de acordo com as suas expectativas? E com as expectativas das vossas filhas? -Considera ter uma relação com as vossas filhas de adulto para adulto? (avaliar o respeito pela individualidade)	Resultados (2ª consulta – 22.03.2023): Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental.

Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto Atividade diagnóstica -Como encaram o facto do vosso filho ser adulto, pai de família? -Como era a vossa relação antes dele sair de casa? E agora? -Têm conseguido redefinir a vossa relação com o vosso filho, de adulto para adulto? -Qual acham que é a opinião do vosso filho sobre a vossa relação com ele, enquanto pais? Qual o motivo? -Atualmente costumam interferir na vida do vosso filho?	Resultados (2ª consulta – 22.03.2023) Redefinição das relações com o filho– relações adulto-adulto demonstrada Ambos tinham boa relação com o filho e assim se mantem. Pensam que o filhotambém está satisfeito com a relação que tem com o pais.
Atividade Diagnóstica do item <u>Inclusão na família dos parentes por afinidade enetos</u>	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos Atividade diagnóstica - Como encaram o facto do vosso filho construir a sua própria família? - Qual a vossa relação com a vossa nora? Qual a vossa opinião sobre ela? - Como é a vossa relação com a vossa neta? Qual a vossa opinião sobre ela?	Resultados (2ª consulta – 22.03.2023) Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos. Ambos dizem ter boa relação com a nora. Referem-se a ela como “a filha que não tivemos”. Adoram a neta e tem excelente relação com a mesma.
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contacto mantido</u>	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido Atividade diagnóstica -Que tipo de contato têm com o vosso filho? -Estão satisfeitos com esse padrão?	Resultados (2ª consulta – 22.03.2023) Ambos referem satisfação com o contacto mantido com o filho. Diariamente, de forma presencial.
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a) Atividade diagnóstica -Como era a vossa relação com o vosso filho anteriormente? -O que mudou? -Estão satisfeitos com o tipo de relação que têm atualmente? E com a vossa nora? -Acham que o vosso filho está satisfeito com o tipo de relação que tem convosco?	Resultados (2ª consulta – 22.03.2023) Satisfação com a relação mantida com a nora e filho.
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Existência de consenso do papel	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.4 – Conflito do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de conflitos de papel	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel SIM	
Dimensão	B.7.5 – Saturação do papel	
Atividade Diagnóstica	Resultado: Não existência de saturação do papel	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel NÃO	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel parental adequado (2ª consulta – 22.03.2023)

G- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente
SIM
NÃO X

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe – 13+12= 25 pontos- Menor probabilidade de incidência de doenças

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	Sendo que a família corresponde a um casal, as questões de comunicação já foram abordadas na dimensão comunicação de casal, anteriormente.

Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica 31. Quem na família habitualmente identifica os problemas? 32. Quem tem iniciativa para os resolver? 33. Existe discussão sobre os problemas na família 34. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas 35. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas	Resultados 31. Sr.ª L. 32. Sr.ª. L. 33. Não 34. Não 35. Não 36. Sim Sr.ª L. “Ele não vê isto como um problema e para ele nem há discussão, mas uma vez que eu trabalho e ele está em casa, ele podia muito bem resolver problemas que vão aparecendo...consertar uma

	36. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	<i>janela...pagar uma conta...pagar o IMI, por exemplo. Mas não. Só pensa nas coisas do campo e esquece que a casa precisa de governo e que eu trabalho! Desde que se reformou está pior."</i> Sr. A. <i>"Ela tem mais habilidade para resolver problemas... Que é despachada e trata muito bem de tudo eu não vejo isso como um problema. Isso são tudo coisas tão pequenas...que diferença lhe faz fazer isso? Ela é muito mandona."</i>
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver ou os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
SubdiagnÓstico	Coping Familiar Não Eficaz (5ª consulta – 31.05.2023)	

Dimensão			C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item			C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
			Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (31.05.2023) Sr. A e Sr.ª L. Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item			C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
			Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados 31.05.2023 Sr.ª L. Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - SIM
Atividade Diagnóstica do item			C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
			Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados 31.05.2023 Sr.ª L./ Sr. A. Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
Atividade Diagnóstica do item			C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
			Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados 31.05.2023 Sr.ª L. Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação - NÃO
			C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	

Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	Atividade diagnóstica Quem desempenha? Consenso? Conflito? Saturação?	Resultados (31.05.2023) Sr.ª L. Consenso - SIM Conflito - NÃO Saturação – NÃO
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Não Eficaz por Saturação Papel de Gestão Financeira (31.05.2023) Interação de Papéis Não Conflitual	

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 Quem é o membro com maior poder na família? Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros?	Resultados (31.05.2023) Os dois membros. Sim.
Atividade Diagnóstica do item <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica - 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?	Resultados (31.05.2023) Não Sim
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 -FACES II	Resultados (31.05.2023) Sr. A. Coesão Familiar: 4+5+5+5+5+5+4+4+5+5+5+4+5+5= 75 – Muito Ligada Adaptabilidade:5+4+5+5+4+3+4+3+4+4+4+3+5+1 = 54 –Flexível Tipo de Família: Equilibrada Sr.ª L.: Coesão Familiar: 5+5+5+5+5+5+4+4+5+5+5+4+5+5= 76 – Muito Ligada Adaptabilidade:5+4+5+5+4+3+4+3+4+4+4+3+5+1 = 54 –Flexível Tipo de Família: Equilibrada

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica Funcionalidade da Família – APGAR Familiar de Smilkstein	Resultados Apgar Familiar de Smilkstein: Família Altamente Funcional (para ambos 2+2+2+2+2= 10)
<u>Funcionalidade da Família</u>		
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional	

Foco	C.2- Processo Familiar	
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: • Comunicação Não Eficaz e/ou • <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional	
Diagnóstico:	Processo Familiar Disfuncional por <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz (31.05.2023) Processo Familiar Disfuncional por Interação de Papeis Não Eficaz (31.05.2023)	
Resultados Desejados		
Intervenções Promover estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família Negociar estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na Família Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Colaborar na identificação dos papéis familiares Avaliar as dimensões não consensuais do papel Avaliar saturação do papel Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel		
Atividades que Concretizam a Intervenção (ACI)		
Elogio à Família Elogiar as forças da família. Invocar o tempo de relação e os problemas que já ultrapassaram juntos.		

Justificação:

O elogio à família permitiu ressaltar os pontos fortes, recursos e possibilidades são uma parte “extremamente importante do processo (terapêutico)” sendo uma intervenção terapêutica poderosa, eficaz e duradoura (Robinson, 1998, pág. 284 como citado em Wright & Leahey, 1999). O casal internalizou os elogios oferecidos, mostrou-se mais receptivo e confiante na relação enfermeiro-família e aceitou mais facilmente ideias, opiniões e conselhos oferecidos. Ao elogiar os recursos, competências e pontos fortes da família, foi oferecida uma nova visão do sistema familiar, ao mudar a visão que têm as famílias são frequentemente capazes lidar os problemas de maneira diferente e, assim, avançam em direção a soluções mais eficazes (Wright & Leahey, 1999).

São intervenções terapêuticas poderosas, eficazes e duradouras. As famílias que internalizam elogios oferecidos pelos enfermeiros parecem mais receptivas e confiantes na relação enfermeiro-família e tendem a aceitar mais facilmente ideias, opiniões e conselhos oferecidos. Ao elogiar os recursos, competências e pontos fortes das famílias, enfermeiros oferecem aos familiares uma nova visão de si mesmos. Ao mudar a visão que eles têm de si mesmos, as famílias são frequentemente capazes de olhar lidam com seu problema de saúde de maneira diferente e, assim, avançam em direção a soluções mais eficazes para reduzir o sofrimento potencial ou real (Wright & Leahey, 1999).

Reenquadramento/ Conotação Positiva:

Confiança depositada na Sr.^a L. por parte do Sr. A.

As tarefas que a Sr.^a L. assume revelam o amor e cuidado que tem pelo seu marido e pela casa de ambos.

Justificação:

Ao reenquadrar determinada problemática espera-se que sejam vistas novas perspectivas, sendo estas mesmas, vistas como um método facilitador de resolução da mesma. Ao ser apresentado o problema de uma forma diferente, não se espera que os membros da família deixem de considerar a situação um problema, mas sim procura-se auxiliar os mesmos a encontrarem meios de o contornar e resolver. Segundo Relvas (1996), o reenquadramento consiste na apresentação de uma nova versão do problema, alternativa e imprevisível, cujo objetivo é uma mudança de sentido ou de significado. Consiste em interromper os ciclos de feedback positivo que mantêm o problema, introduzindo maior flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua monotonia. Através desta técnica é permitida uma alteração da atribuição do problema a causas negativas para causas positivas, ou seja, auxiliai os elementos da família a associarem aquele comportamento /ação a algo positivo no sentido da harmonização das relações familiares entre os demais elementos. (Relvas, 1996)

Pretende-se assim descentrar do problema e o contextualizar nas interações familiares, atribuindo-lhes significados relacionais. O objetivo é o reenquadramento, com redefinição da realidade terapêutica, tanto do problema como das potenciais soluções. (Gouveia-Pereira & Miranda, 2022).

Procura da Exceção

-Questionar se o Sr. A. fez alguma vez tarefas correspondentes ao papel da gestão financeira? E resolução de problemas domésticos/governo da casa?

Justificação:

As questões sobre as exceções inquirir o utente/família sobre as situações em que o problema está ausente ou é menos intrusivo, levando-o a contemplar como significativas as soluções que pode já ter começado a construir e que então percebe que pode ampliar (Shazer *et al.*, citado por Trepper *et al.* 2006). É importante explorar as exceções até conseguir uma boa descrição das mesmas, em termos comportamentais e concretos. Desta forma podemos co-construir exceções intencionais que se caracterizam, não apenas por situações em que o problema não ocorre, mas, por situações em que a pessoa consiga identificar a forma como agiu para que se torne replicável no futuro (Beyebach, 2014).

Questão Milagre

-Como seria se um dia acordasse e o Sr. A. tivesse tratado de pagar as contas, de ir ao banco, providenciar arranjos da casa?

-Como se sente Sr.^a L.? O que mudou? E o Sr. A., como se sente nesse papel?

- Como decorre o resto do dia?

Justificação:

Esta questão funciona com a metáfora de um "milagre" que levou ao desaparecimento dos problemas da família ou a uma melhora nas suas vidas (De Shazer et al, 2007 como citado em Zatloukal, Žákovský & Bezdíčková, 2019). Através da criação de uma curta história metafórica, reforçada pelo uso de sugestões indiretas redireciona-se a atenção dos membros da família (De Shazer, 1985 como citado em Zatloukal, Žákovský & Bezdíčková et al, 2019), por forma a ajudá-los a construir uma visão da vida no futuro, sem o problema identificado (De Shazer et al. 2007, como citado em Trepper *et al.* 2006), há um aumento da motivação quanto à possibilidade de mudança (Morejón & Beyebach, 1997).

Conto

“Era uma vez um rei muito rico que vivia numa cidade elegante no norte da Europa. Vivia num castelo magnífico, com belos jardins e pomares.

Por ser muito avarento tinha apenas dois funcionários a seu serviço: um jardineiro e uma governanta, que cozinhava, limpava e geria tudo o que fosse preciso no castelo.

Certo dia, o jardineiro confessou-se cansado. Tinha de cuidar de todas as flores, plantas e árvores dos jardins do castelo...

Pediú então ao rei que lhe aumentasse o ordenado ou então que obrigasse a governanta a ajuda-lo, pois esta “só tinha de gerir o castelo”, uma vez que as tarefas domésticas acabavam por ser divididas entre os dois.

-A governanta acaba por não fazer praticamente mais nada a mais do que eu e ganha mais por isso! E ainda tem a mania que manda em tudo, como se o castelo fosse dela e não do senhor meu amo!

Ouvindo tais palavras do jardineiro, o rei propôs-lhe o seguinte:

- Na próxima semana vais assumir o governo da casa e vou tirar essa parte do ordenado da governanta e incluir no teu.

O jardineiro ficou eufórico. Afinal não teria que fazer nada de mais e ainda ganharia mais por isso. Finalmente haveria igualdade no castelo.

No primeiro dia, à hora de almoço foi chamado pelo rei.

-Jardineiro, porque o almoço não foi servido?

-Sr. meu amo, eu não sei, eu não sou a cozinheira da casa!

-Pois não és, mas não providenciaste o arranjo do forno a lenha, nem fizeste a lista das compras. Já passa do meio do dia e ainda não almocei!

-Arranjo? Compras?? Peço imensa desculpa Sr. meu amo, não pensei sequer nesse tipo de tarefas, estive toda a manhã no pomar! Vou já tratar disso!

Mais tarde, nesse mesmo dia, o jardineiro ia regar as plantas e não conseguiu. Não saía pinga de água do poço. Quando se aproximou viu que a roldana estava partida, algo que se apercebeu no dia anterior, mas que se esqueceu de dizer à governanta e também não resolveu. Rapidamente tentou chamar alguém que tratasse do assunto, mas sendo já tarde não conseguiu.

Nessa mesma semana teve ainda problemas com o telhado do castelo, que se partiu; com as chuvadas que por consequência inundaram parte do castelo e com o seu próprio pagamento e da governanta, que não soube fazer. Algumas plantações morreram pela demora no arranjo do poço e porque o jardineiro ficou mais atarefado que o habitual, o que deixou o rei muito insatisfeito.

Ao fim de 7 dias o rei mandou chamar o jardineiro e disse-lhe:

-Então, como foi a tua semana? Igual às outras, não é?

-Não meu amo. Retiro tudo o que disse. O governo da casa dá muito trabalho! Em 7 dias desgovernei tudo! Eu não sei como a governanta tira férias e o castelo não cai!

-Não cai jardineiro, porque ela é muito organizada. Com a inundaçãõ que deixaste avançar quase ficava sem castelo! Percebes agora a importância dos “pequenos nada que ela faz?” Em 20 anos que aqui trabalha nunca deixou faltar nada.

-Percebo sim meu amo. Devolva-lhe a parte do ordenado que lhe cabe, e se puder aumente-a.

-A arte de governar não se aprende nos livros. Infelizmente, também não se improvisa. E menos ainda se ensina de um dia para o outro, embora não falem os que tenham a pretensão de fazê-lo. Mas seria bom que todos soubessem, por intuição, por experiência ou por convicção que governar não é sinónimo de mandar. Eu sou rei e governo este reino, mas quem governa este castelo é a governanta, fiel jardineiro!”

(Conto criado propositadamente para a intervenção na família em questão).

Justificação:

Através de um paralelo metafórico ao problema criou-se uma ponte criativa (recursos) e uma validação e desenvolvimento da mudança (Keeney, citado por Zatloukal *et al*, 2019). A partir das ressonâncias com o texto, o Sr. M. estabeleceu uma conexão que os manteve interessados na história, que exercitou a imaginação, resgatou experiências vividas e que abriu espaço para novos cenários e significados (Novis, 2016). O desenvolvimento de histórias alternativas favoreceu uma renegociação da identidade e minimizou o poder da história dominante, saturada pelo problema, favorecendo as conversações de re-autoria através da ponte entre o real e o imaginário, numa complementaridade única (Novis, 2016).

O campo literário conta com uma “licença ou álibi ficcional” para falar abertamente sobre as doenças e suas metáforas e, até mesmo, criar novas. Além disso, as narrativas literárias descrevem dramas individuais, em que a experiência do sujeito doente ou que convive com a doença pode ser abertamente explorada, sem necessariamente ter que “pedir licença” para se colocar no espaço público, nem sofrer os constrangimentos das “pessoas reais”. Falar sobre doenças é, sempre, falar sobre os sentidos que damos a elas. Apresentar um personagem com certo tipo de doença é evocar um determinado tipo de sujeito. Isso, porque as doenças carregam consigo seus significados históricos e culturais. Todas as doenças, até mesmo as mais comuns, se associam a metáforas que são carregadas de fantasias e imaginários próprios. Não falamos apenas de seu caráter biológico e de seus sintomas, mas também do que projetamos quando enunciamos o nome dessa doença, de quais medos, ansiedades, fobias projetamos junto a ela (Sotang, 2007 como citado em Silveira & Silveira, 2016). Mesmo transfiguradas pela roupagem literária, as mensagens utilizadas foram dotadas de originalidade e não deixaram de se alimentar das metáforas e das referências circulantes sobre a doença do indivíduo.

Questões Circulares e Reflexivas / Exploração Metáforas

Justificação:

-Moral da história?

-Identificam-se com os personagens? E porque?

-Qual o final que dariam a história?

-E à vossa?

Rituais Familiares

Tentou-se perceber primeiro, através de questões, quais gostos individuais e de casal em termos de atividades, que tipo de rituais tinham e gostavam de recuperar e que significado tinham, que rotinas e rituais tinham no momento e quais gostavam de ter e porquê. O casal identificou como ritual a recuperar algo que faziam no início do casamento: rotação de responsabilidades por mês, “*para que cada um soubesse o que custa cada responsabilidade*”. Todos os meses conversavam e dividiam tarefas para o mês seguinte, assim como refletiam sobre o que tinha corrido melhor e pior no mês anterior. “*Com o tempo perdemos esse ritual, mas nesta fase faz sentido voltarmos a isso*”, referiu a Sr.^a L., ao que o Sr. A. respondeu “*Acho que acabava com estes problemas...podemos fazer é a rotação semestral ou anual*”. Acordaram por fim recuperar esse ritual e rodar as responsabilidades de forma semestral.

Justificação:

O facto de os rituais serem mecanismos de socialização torna-os especialmente importantes para a criação da identidade familiar. A partilha de símbolos permite a construção de significados partilhados pelos insiders (membros da família); a repetição das fórmulas vivenciais de certas ocasiões concede a segurança necessárias à estabilidade do grupo (Crespo, 200, p.83). Por um lado, as identidades individuais e de grupo refletem-se e reforçam-se nos rituais que se vivenciam; por outro lado, ocorrem mudanças que permitem que essas identidades se re-criem a cada nova experiência (Laird, 1988 como citado em Crespo, 2007).

Avaliação de resultados das intervenções	Data
	14.06.2023 – O Sr. M. tem assumido as tarefas ligadas à gestão financeira da casa e vai fazê-lo durante 6 meses. A assunção do Papel de gestão financeira deixou de ser um problema para família.
Diagnóstico	<i>Coping</i> Eficaz (14.06.2023)

ANEXO XVIII - Planos de Cuidados Individuais da Família 7

Plano de Cuidados do Sr. A.

Foco	Aceitação do Estado de Saúde	
Critérios diagnósticos		
Atividade diagnóstica	Atividade diagnóstica Avaliar: - Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde - Abandono do conceito da condição de saúde anterior - Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição - Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde - Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde - Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde	Resultados (1ª consulta: 17.02.2023): S. M. diz que não é diabético e que nunca lhe disseram isso.
Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde Comprometida 17.02.2023	
Resultados Desejados	Aceitação do Estado de Saúde não Comprometida	
Intervenções Sugeridas	-Incentivar o envolvimento da família (17.02.2023)	
	-Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (17.02.2023)	
	-Encorajar aceitação do estado de saúde (17.02.2023)	
	-Ensinar sobre estratégias adaptativas (17.02.2023)	
	-Incentivar aceitação do estado de saúde (17.02.2023)	
	-Promover consciencialização (17.02.2023)	
	- Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (17.02.2023)	
	-Avaliar aceitação do estado de saúde (17.02.2023)	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	Utilização dos pontos 1 e 2 do Mapa de Conversação Diabetes (MCD) “Viver numa Família com Diabetes” :	
	Peço ao Sr. A. que volte ao momento em que lhe foi feito o diagnóstico de DM2 e que me conte como foi: - Quando foi? / Quem lhe deu a informação? / Onde estava? / Quem estava com ele? / Que palavras utilizaram? - Como se sentiu? Que reação teve? / Que sentimentos já experimentou em relação à DM2? - Explorar sentimentos identificados. Escuta Ativa Utilização da metáfora presentes no MCD: as nuvens/trovões como negação/tristeza/frustração e arco-íris como aceitação.	

Mapa de Conversação Viver numa família com diabetes

1 Diagnóstico

2 Impacto da diabetes nos irmãos

3 Partilhar a responsabilidade

4 Crescer com diabetes

5 Podir ajudar a outras pessoas

6 Como? Porquê?

7 Aceleração

8 Compreensão

9 Trabalhar em conjunto

10 Partilhar os sentimentos

11 Ouvir

12 Fazer perguntas

13 Ser honesto

14 Campos de férias para jovens com Diabetes

15 Todos sabem o que é diabetes?

16 Todos sabem o que é diabetes?

17 Todos sabem o que é diabetes?

18 Todos sabem o que é diabetes?

19 Todos sabem o que é diabetes?

20 Todos sabem o que é diabetes?

21 Todos sabem o que é diabetes?

22 Todos sabem o que é diabetes?

23 Todos sabem o que é diabetes?

24 Todos sabem o que é diabetes?

25 Todos sabem o que é diabetes?

26 Todos sabem o que é diabetes?

27 Todos sabem o que é diabetes?

28 Todos sabem o que é diabetes?

29 Todos sabem o que é diabetes?

30 Todos sabem o que é diabetes?

31 Todos sabem o que é diabetes?

32 Todos sabem o que é diabetes?

33 Todos sabem o que é diabetes?

34 Todos sabem o que é diabetes?

35 Todos sabem o que é diabetes?

36 Todos sabem o que é diabetes?

37 Todos sabem o que é diabetes?

38 Todos sabem o que é diabetes?

39 Todos sabem o que é diabetes?

40 Todos sabem o que é diabetes?

41 Todos sabem o que é diabetes?

42 Todos sabem o que é diabetes?

43 Todos sabem o que é diabetes?

44 Todos sabem o que é diabetes?

45 Todos sabem o que é diabetes?

46 Todos sabem o que é diabetes?

47 Todos sabem o que é diabetes?

48 Todos sabem o que é diabetes?

49 Todos sabem o que é diabetes?

50 Todos sabem o que é diabetes?

51 Todos sabem o que é diabetes?

52 Todos sabem o que é diabetes?

53 Todos sabem o que é diabetes?

54 Todos sabem o que é diabetes?

55 Todos sabem o que é diabetes?

56 Todos sabem o que é diabetes?

57 Todos sabem o que é diabetes?

58 Todos sabem o que é diabetes?

59 Todos sabem o que é diabetes?

60 Todos sabem o que é diabetes?

61 Todos sabem o que é diabetes?

62 Todos sabem o que é diabetes?

63 Todos sabem o que é diabetes?

64 Todos sabem o que é diabetes?

65 Todos sabem o que é diabetes?

66 Todos sabem o que é diabetes?

67 Todos sabem o que é diabetes?

68 Todos sabem o que é diabetes?

69 Todos sabem o que é diabetes?

70 Todos sabem o que é diabetes?

71 Todos sabem o que é diabetes?

72 Todos sabem o que é diabetes?

73 Todos sabem o que é diabetes?

74 Todos sabem o que é diabetes?

75 Todos sabem o que é diabetes?

76 Todos sabem o que é diabetes?

77 Todos sabem o que é diabetes?

78 Todos sabem o que é diabetes?

79 Todos sabem o que é diabetes?

80 Todos sabem o que é diabetes?

81 Todos sabem o que é diabetes?

82 Todos sabem o que é diabetes?

83 Todos sabem o que é diabetes?

84 Todos sabem o que é diabetes?

85 Todos sabem o que é diabetes?

86 Todos sabem o que é diabetes?

87 Todos sabem o que é diabetes?

88 Todos sabem o que é diabetes?

89 Todos sabem o que é diabetes?

90 Todos sabem o que é diabetes?

91 Todos sabem o que é diabetes?

92 Todos sabem o que é diabetes?

93 Todos sabem o que é diabetes?

94 Todos sabem o que é diabetes?

95 Todos sabem o que é diabetes?

96 Todos sabem o que é diabetes?

97 Todos sabem o que é diabetes?

98 Todos sabem o que é diabetes?

99 Todos sabem o que é diabetes?

100 Todos sabem o que é diabetes?

	Fundamentação: A aceitação da doença pode melhorar com intervenções educativas, nomeadamente com Mapas de Conversação da Diabetes. Os programas educativos com abordagem cognitivo-comportamental têm sido utilizados para promover mudanças comportamentais necessárias e influenciar a percepção dos <i>stressores</i>. O fornecimento de informações claras e consistentes pela equipa de saúde sobre a doença e o tratamento foi considerado um facilitador à adaptação à diabetes mellitus tipo 2 (Bertolin et al, 2015). Análise do Genograma da Família de origem do Sr. A. Na Família do Sr. A. a Diabetes foi diagnosticada na mãe e no avô materno. Fundamentação: O fato de a construção do genograma ser interativa faz com que o indivíduo se interesse pela narrativa apresentada e pela própria história familiar, favorecendo o vínculo e a comunicação, contribuindo positivamente para a relação terapêutica. Sendo o genograma um instrumento gráfico, facilita a visão e o entendimento de complexos processos de saúde-doença no contexto psicossocial, podendo também contribuir para o estabelecimento de estratégias terapêuticas, ampliando as ações de saúde. O indivíduo se vê e se "sente" representado no instrumento, facilitando a aceitação da doença pois ao compreender padrões transgeracionais da mesma, estabelece correlações entre fatores hereditários e o processo saúde-doença, situando o problema atual dentro de um processo evolutivo e histórico seu dentro da própria família (Muniz & Eisenstein, 2009). Ao registrar de forma prática e simples as informações sobre a saúde, os problemas e as relações dos membros familiares por, pelo menos, três gerações o genograma proporciona a observação e a compreensão, de maneira rápida, um grande número de dados sobre a dinâmica familiar. Essas ferramentas permitem identificar uma série de problemas, sejam genéticos, sociais, ambientais, dos hábitos familiares, como também aqueles que apresentam etiologia desconhecida (Dantas et al, 2017), sendo bastante útil na aceitação da doença. Questionar relativamente à medicação que toma – nome, indicações. Observar em conjunto análises laboratoriais: valor glicemia em jejum e HbA1c, confrontação com valores referência/ critérios para diagnóstico DM2. Explicar ao Sr. que tem Diabetes, mas isso não o define. É mais uma das suas características enquanto pessoa. Perguntar ao Sr. JA. se tem Diabetes Em caso afirmativo pedir para que o diga em voz alta.
Avaliação dos Resultados	2ª consulta (22.03.2023): Compreende pelo genograma que tem história familiar de DM2 pelo lado materno. <i>“Nunca pensei nisto desta forma. Ver que também há uma história familiar alivia um pouco o fardo e ajuda-me a aceitar as coisas como são.”</i> 6ª consulta (09.06.2023): -Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde -Abandono do conceito da condição de saúde anterior

	-Reações/ sentimentos/crenças positivos perante a nova condição -Reconhece / consciencializa-se da realidade da nova condição de saúde -Motivação /envolvimento /procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde -Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde
Diagnóstico	Aceitação do Estado de Saúde (14.06.2023)

Foco	Gestão do Regime Terapêutico	
Critérios diagnósticos	GRT Não demonstrado se: - Conhecimento Não demonstrado (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico) e/ou - Adesão Não Demonstrada (Regime Dietético/ Medicamentoso/ Exercício Físico)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado/ Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Diabetes: -Definição da doença -Complicações do processo patológico -Sinais de hiperglicemia/hipoglicemia -Atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia	Resultados (03.04.2023): -Não define doença corretamente -Não descreve complicações do processo patológico -Não descreve sinais de hiperglicemia/hipoglicemia -Não descreve atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia
	Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre Regime Dietético:	Resultados (03.04.2023): -Não escreve dieta recomendada (consistência, horário, quantidade) -Não descreve os alimentos adequados/ a evitar -Descreve as orientações para a preparação dos alimentos
	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica e resultados Avaliar Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso:	Resultados (03.04.2023): -Descreve a via de administração do medicamento -Não descreve o efeito pretendido com o medicamento -Não descreve efeitos secundários/ interação do medicamento -Descreve o armazenamento do medicamento
	Conhecimento sobre Regime de Exercício Físico Demonstrado	

	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento sobre regime de Exercício Físico:	Resultados (03.04.2023): - Não descreve tipo, frequência e intensidade do exercício - Não descreve equipamento de proteção e segurança adequado ao tipo de exercício
Critérios diagnósticos	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento não Demonstrado: Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado (03.04.2023) Conhecimento sobre Regime de Medicamentoso Não Demonstrado (03.04.2023) Conhecimento sobre Regime de Exercício Não Demonstrado (03.04.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime Dietético Averiguar se: - Explica as relações entre dieta, exercício e peso corporal - Adequa a dieta - Explica as razões para a dieta recomendada - Lê e interpreta os rótulos dos produtos alimentares	Resultados EAD- alimentação geral: 4,6 EAD – alimentação específica: 5,42 Pequeno-almoço: pão mistura com queijo ou fiambre ou marmelada+ galão com 1 colher de geleia de marmelo que o Sr. A. faz. Meio-manhã – 2 tangerinas+ bolacha Almoço – prato+ fruta+ pão. Junta HC no prato. 2 copos vinho maduro. Jantar – sopa (leva 2 batatas) + pão mistura com queijo ou fiambre. Se “sopa estiver muito líquida acrescenta 2 tostas” + água. Come gelados 2 a 3 vezes por semana. <i>“O que eu mais gosto de comer é massa”</i> <i>“As coisas não podem mais do que eu”</i> <i>“Gosto muito de cozinhar. Aprendi com a minha mãe.”</i>
	Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica e resultados Avaliar Adesão ao Regime Medicamentoso Averiguar se: - Providencia / adquire medicamento - Ajusta Horário e dose do medicamento - Prepara medicamento	Resultados EAD: 7 Escala MAT: 5,71 em 6 Adesão Regime Medicamentoso – Magnésio 1 vez por dia; Trajenta 5mg pequeno-almoço, palexia 50mg 1jejum+ 1 jantar. Descrito processo clínico “Suspendeu ADO sozinho por efeitos secundários” Diminuiu dose de metformina autonomamente de 2 para 1.
	Adesão ao Regime de Exercício Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar Adesão ao Regime de Exercício Físico	Resultados EAD: 7 “trabalha no campo” todos os dias, cerca de 2horas/dia ou mais.

	Averiguar se: -Adequa o tipo de exercício em função das necessidades/ restrições -Adequa a frequência do exercício em função das necessidades/restrições -Adequa a intensidade do exercício em função das necessidades/ restrições	
Critérios diagnósticos	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Adesão não Demonstrada: Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrado (03.04.2023) Adesão ao Regime Medicamentoso Não Demonstrado (03.04.2023)	
Resultados Desejados		
Intervenções Sugeridas	Incentivar tomada de decisão Encorajar tomada de decisão Incentivar comportamento de adesão Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física Ensinar sobre padrão de exercício Ensinar sobre padrão alimentar Ensinar sobre comportamento de adesão Incentivar hábitos alimentares saudáveis Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	-Mapa Conversação Diabetes® “Como Funciona a Diabetes” -Fisiologia -Progressão, Doença “silenciosa” -Riscos do Mau Controlo Diabetes – Complicações -Controlo da Diabetes: Alimentação/Medicação/ Exercício Físico -Metáfora: chave para o controlo DM2	

Como Funciona a Diabetes Conversation Map™



Revisão da Sessão *Mapa de Conversação* “Como Funciona a Diabetes”

-Mapa Conversação da Diabetes® “Alimentação Saudável e Atividade Física”:

-Secção inferior esquerda do MCD® (1):

Ensinar sobre a importância do equilíbrio entre alimentação e atividade física no controlo da DM2.

Utilização da metáfora da balança para acertar no “alvo”.

-Secção superior esquerda do MCD® (2):

Ensinar sobre a alimentação específica na diabetes.

Ensinar sobre o impacto do álcool na adição de calorias à refeição e no controlo glicémico

Ensinar importância da análise dos rótulos

Ensinar quantidades ideais dos alimentos (imagens mãos)

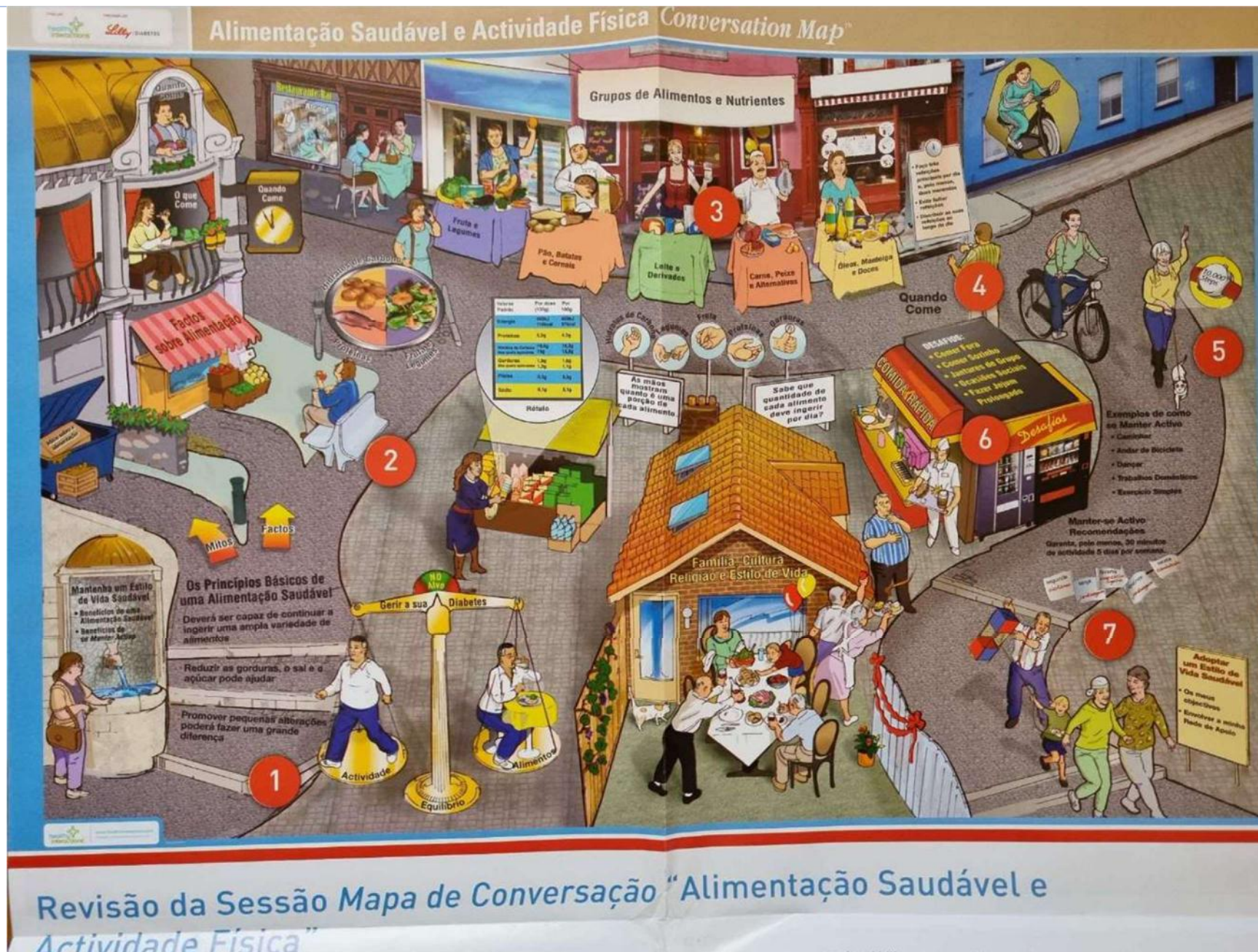
-Secção inferior direita MCD® (7):

Ensinar a importância de envolver a família

Ensinar a importância de traçar objetivos

Fundamentação:

O MCD® “Alimentação Saudável e Atividade Física”, fornece informações sobre escolhas alimentares e tamanhos de porções, juntamente com diferentes tipos de atividade física (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017).). Cada mapa inclui seis componentes, incluindo visual, compartilhamento de informações, cartões de atividades, interação em grupo, um guia do facilitador e um cartão de estabelecimento de metas (Ghafoor et al, 2015; Srulovici et al, 2017; Defeudis et al, 2018).



Revisão da Sessão Mapa de Conversação "Alimentação Saudável e Actividade Física"

	Entrevista Motivacional 30) Identificar estágio de mudança: Pré-contemplação – não tem pensamentos sobre mudança comportamento (gorduras, excesso de hidratos de carbono e consumo de açúcar e doces/ não fazer exercício físico). Nível mínimo de motivação intrínseca e nível máximo de resistência. 31) Identificar valores/ objetivos pelos quais se rege: Sr. A. quer ter uma boa qualidade de vida para <i>“viver bem com a esposa e a família”</i>. 32) Consciencializar para o problema. Complicações da Diabetes. 33) Acha que deveria mudar algo? O quê? 34) Utilizar metáfora 35) Aludir à capacidade de ultrapassar problemas anteriores. Reforço positivo. Os ganhos em saúde com a entrevista motivacional com o Sr. A. dizem respeito à consciencialização da nocividade do padrão de comportamento que tem e da necessidade de mudança. A intervenção é muito ao nível dos conhecimentos sobre fatores de risco e complicações da DM2 por forma a impactar o Sr. A. e motivar a decisão para a mudança. O elogio e reforço positivos relembram a sua resiliência e capacidade de mudança no passado e determinação. Fundamentação: A entrevista motivacional é considerada uma ferramenta útil e estratégica de educação em saúde para mudança de estilos de vida saudáveis, estando a sua eficácia amplamente comprovada na melhoria da adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DM2 (Menezes et al, 2022; Lima et al, 2019; Cedillo & Antunes, 2015). A EM mostra-se uma alternativa promissora que pode ser utilizada para a melhoria do comportamento alimentar de idosos diabéticos e hipertensos atendidos pelas equipas de saúde familiar (Menezes et al, 2022). Ao promover um ambiente que sustenta a autodeterminação do utente, a EM apoia o desenvolvimento de objetivos que suportem valores pessoais, permitindo a mudança para regulações mais autónomas e assegurando que o utente é capaz de individualizar/adaptar as mensagens de saúde generalistas) a si, à sua vida, aos seus condicionalismos (Silva et al, 2013).
Avaliação de resultados das intervenções	4ª consulta (28.04.2023): O Sr. A. define DM2 e as complicações do processo patológico
	5ª consulta (02.05.2023): Sr. A identifica os pilares da gestão do regime terapêutico e do controlo glicémico.
	6ª consulta (14.06.2023): Sr. A identifica como deve ser a alimentação específica da pessoa portadora de DM2 e a importância da toma dos fármacos prescritos. Fez as alterações sugeridas em termos alimentares, retomou fármacos prescritos.

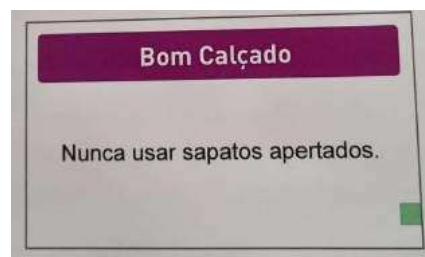
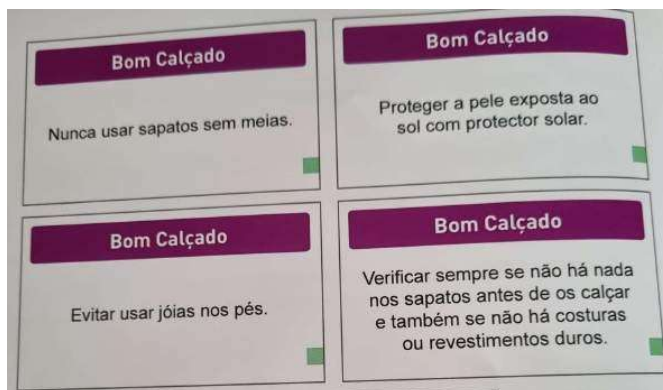
Diagnóstico	Conhecimento sobre Diabetes Demonstrado (28.04.2023) Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado (14.06.2023) Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Demonstrado (14.06.2023) Adesão ao Regime Dietético (14.06.2023) Adesão ao Regime Medicamentoso (14.06.2023)	
Foco	Auto-Vigilância (14.06.2023):	
Critérios diagnósticos	Auto-Vigilância não Demonstrada se: - Conhecimento Não demonstrado Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés - Adesão Não Demonstrada (Autovigilância Glicemia Capilar/ Autovigilância pés)	
Dimensão	Conhecimento	
Atividade Diagnóstica	Conhecimento para promover auto - vigilância da glicémia capilar Demonstrado /Não Demonstrado	
	Atividade diagnóstica Avaliar Conhecimento para promover a auto-vigilância da glicemia capilar	Resultados (14.06.2023): -Descreve material necessário, técnica, regularidade EAD = Nível de Adesão à Monitorização de Glicemia= (Não lhe foi recomendado. Não tem glucómetro)
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés	Resultados (14.06.2023): -Descreve importância de manter pés limpos, secos e hidratados e cumpre -Não descreve importância da autovigilância dos pés nem a regularidade -Não descreve parâmetros a ter em atenção na autovigilância dos pés
Critérios de Diagnóstico	Conhecimento não Demonstrado se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar Demonstrado (28.04.2023) Conhecimento sobre autovigilância dos pés Não Demonstrado (14.06.2023)	
Dimensão	Adesão	
Atividade Diagnóstica	Adesão à Autovigilância da glicemia capilar Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância da glicemia capilar	Resultados (14.06.2023): -Não faz autovigilância da glicemia capilar de forma regular por indicação médica. Tem máquina avariada. EAD: 0 dias em média
	Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada/ Não Demonstrada	
	Atividade diagnóstica - Avaliar Adesão à Autovigilância dos pés	Resultados (14.06.2023): - Não faz autovigilância dos pés EAD: 5,3 dias em média. Lava e seca os pés diariamente, mas não tem a prática de os observar.
Critérios de Diagnóstico	Adesão não Demonstrada se: algum dos subdiagnósticos for “não demonstrado”	

Subdiagnóstico	Adesão à Autovigilância da Glicemia Capilar – não se aplica Adesão à Autovigilância dos pés Não Demonstrada (14.06.2023)
Diagnóstico	Auto-vigilância não Demonstrada (14.06.2023)
Resultados Desejados	Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado Adesão à Autovigilância dos pés Demonstrada
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre autovigilância dos pés
	Incentivar tomada de decisão
	Encorajar tomada de decisão
	Incentivar comportamento de adesão
	Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física
	Ensinar sobre comportamento de adesão
	Incentivar hábitos alimentares saudáveis
	Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz
	Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	-Mapa de Conversação em Diabetes® “A Diabetes e os Cuidados com os Pés” Secção superior esquerda do MCD® (1): Ensinar sobre como prevenir complicações nos pés Secção central do MCD® (2): Ensinar sobre a importância de examinar os pés diariamente / Como observar e o que procurar no exame diário dos pés -Dar cartões e pedir para analisar e descrever se já encontrou este tipo de achados. Em caso afirmativo questionar o que fez. -Pedir para o Sr. J. fazer o auto-exame do pé em 15 minutos.



Secção inferior central MCD® (4):

- Analisar a imagem da sapataria / Ensinar sobre calçado.
- Distribuir cartões relativos ao “bom calçado” e proteção dos pés. Análise.



Secção superior direita do MCD® (5):

- Ensinar sobre procura dos serviços de saúde / Ensinar sobre o exame de avaliação do risco de úlcera diabética.

	-Realizar exame de avaliação do risco de úlcera diabética. -Avaliar Risco de Desenvolver Úlcera Pé: Baixo Risco – ausência de sinais de neuropatia, isquemia, úlcera ou antecedentes de amputação anterior. Deve manter-se em vigilância anual.
Avaliação de resultados das intervenções	Final 5ª consulta – (09.06.2023): -Compreende importância da autovigilância dos pés -Refere cuidados a ter com os pés -Refere como proteger os pés e as características do “bom calçado” -Refere como fazer o auto-exame dos pés e com que periodicidade -Refere quando deve recorrer aos serviços de saúde -Refere a importância de realizar a avaliação de risco de úlcera diabética -Pretende iniciar autovigilância dos pés.
Diagnóstico	Conhecimento sobre autovigilância dos pés Demonstrado (final consulta (09.06.2023)

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.

Plano de Cuidados da Sr.ª L.

Foco	Risco de Diabetes (22.03.2023)	
Critérios diagnósticos	O Risco de vir a desenvolver Diabetes tipo 2 dentro de 10 anos é: -Baixo – se pontuação escala <7 pontos -Ligeiro - se pontuação escala 7-11 pontos -Moderado – se pontuação escala 12-14 pontos - Alto - se pontuação escala 15-20 pontos - Muito Alto - se pontuação escala > ou igual a 20 pontos	
Atividade diagnóstica	Avaliar o Risco da Sr.ª M.M. vir a Desenvolver Diabetes tipo 2	Resultados: Idade – 3 pontos IMC – >25 < 30 kg/m ² – 1 ponto Perímetro Abdominal >88 cm – 4 pontos Prática de Exercício – Não - 2 pontos Consumo de vegetais e fruta – diário – 0 pontos Medicação para HTA – não – 0 pontos Alguma vez teve o nível de glicose alto – sim – 5 pontos Familiares com DM2 – sim (mãe) – 5 pontos = 20 pontos
Diagnóstico	Risco Muito Alto (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2	
Resultados Desejados	Que o Risco de DM2 passe a ser Moderado	
Intervenções Sugeridas	Incentivar comportamento de adesão (22.03.2023) Encorajar tomada de decisão (22.03.2023) Ensinar sobre dieta Incentivar atividade física (22.03.2023) Ensinar sobre padrão de exercício (22.03.2023) Ensinar sobre padrão alimentar (22.03.2023) Ensinar sobre comportamento de adesão (22.03.2023) Incentivar hábitos alimentares saudáveis (22.03.2023) Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz (22.03.2023)	
Avaliação do Resultado das Intervenções	Avaliar o Risco de Diabetes Tipo 2	
Diagnóstico	Risco Alto (de vir a desenvolver) Diabetes tipo 2 (14.06.2023) (3+1+3+0+0+0+5+5 =17 pontos). Diminuição da pontuação por início de atividade física, diminuição do perímetro abdominal.	

*Nota: Outros Diagnósticos de Enfermagem, como o Risco de Queda, Adesão à Vacinação e outros foram também identificados. Não sendo o foco do presente projeto dissecá-los, não figuram no plano de cuidados que aqui se apresenta.

ANEXO XX - Objetivos Gerais, Específicos, Indicadores, Metas e Resultados da prática clínica com as famílias

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Tipo de Indicador	Indicador	Fórmula	Meta	Resultado
Avaliar Famílias em estudo bem como os seus membros, de modo a identificar as necessidades em cuidados de forma colaborativa	Avaliar a Dimensão Estrutural (MDAIF) das Famílias	Processo	Taxa de convocação das primeiras entrevistas familiares	(Nº de famílias convocadas/ Nº de total de famílias elegíveis para projeto)	100% até 10/02	100%
		Processo	Taxa de Construção de Genograma	(Nº. de famílias em que foi construído Genograma /Nº total de famílias) X 100	100%	100%
			Taxa de Construção de Ecomapa	(Nº. de famílias em que foi construído Ecomapa /Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação da dimensão estrutural da família	(Nº. de famílias avaliadas na dimensão estrutural /Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação da composição da família	(Nº. de famílias avaliadas na composição familiar /Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação do tipo de família	(Nº. de famílias no tipo de família /Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação da família extensa	(Nº. de famílias avaliadas na família extensa /Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação dos sistemas mais amplos	(Nº. de famílias avaliadas nos sistemas mais amplos /Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação da classe social	(Nº. de famílias avaliadas na classe social /Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação do Edifício Residencial (ER)	(Nº. de famílias avaliadas no ER /Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação do Rendimento Familiar (RF)	(Nº. de famílias avaliadas no RF /Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação da Precaução de Segurança (PS)	(Nº. de famílias avaliadas na PS/Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de avaliação do Abastecimento de Água (AA)	(Nº. de famílias avaliadas no AA/Nº total de famílias) X 100		100%

Avaliar Famílias em estudo bem como os seus membros, de modo a identificar as necessidades em cuidados de forma colaborativa			Taxa de avaliação do Animal Doméstico (AD)	(Nº. de famílias avaliadas no AD/Nº total de famílias) X 100		100%
			Taxa de identificação de forças da família	(Nº de famílias com identificação de forças/ nº total de famílias) x 100		100%
	Avaliar a Dimensão Desenvolvidor (MDAIF) das Famílias	Processo	Taxa de Avaliação na Satisfação Conjugal (SC)	(Nº de famílias avaliadas na SC/ nº total de famílias) x 100	100%	100%
			Taxa do Papel Parental (PP)	(Nº de famílias avaliadas no PP/ nº total de famílias) x 100		8 100%
	Avaliar a Dimensão Funcional (MDAIF) das Famílias	Processo	Taxa de Avaliação no Processo Familiar (PF)	(Nº de famílias avaliadas no PF/ nº total de famílias) x 100	100%	100%
	Identificar com a família os principais objetivos de mudança, considerando novas formas de funcionamento associadas aos processos de morfogénese	Processo	Taxa de identificação de objetivos de mudança	(Nº de famílias com identificação de objetivos de mudança/ nº total de famílias) x 100	100% até ao final da 2ª sessão	100%
	Utilizar instrumentos de avaliação do MDAIF que se adequem às	Processo	Taxa de utilização do APGAR Familiar de Smilkstein	(Nº de famílias em que foi avaliado o APGAR Familiar de Smilkstein / nº total de famílias) x 100		100%
			Taxa de utilização da Escala FACES II	(Nº de famílias em que foi avaliado o FACES II / nº total de famílias) x 100		100%

Avaliar Famílias em estudo bem como os seus membros, de modo a identificar as necessidades em cuidados de forma colaborativa	características específicas das famílias e seus membros		Taxa de utilização Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe	$(\text{N}^{\circ} \text{ de famílias em que foi avaliado o Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe} / \text{n}^{\circ} \text{ total de famílias}) \times 100$	100%	100%
	Avaliar a Gestão do Regime Terapêutico e suas componentes em todos membros dos casais das famílias em estudo, portadores de DM2	Processo	Taxa de Avaliação da Gestão do Regime Terapêutico (GRT)	$(\text{N}^{\circ} \text{ de elementos dos casais com DM2 e com avaliação da GRT} / \text{n}^{\circ} \text{ total de elementos membros dos casais com DM2}) \times 100$	100%	100%
			Taxa de Avaliação à Adesão ao Regime Dietético (ARD)	$(\text{N}^{\circ} \text{ de elementos dos casais com DM2 e com avaliação da ARD} / \text{n}^{\circ} \text{ total de elementos membros dos casais com DM2}) \times 100$		100%
			Taxa de Avaliação à Adesão ao Regime de Exercício (ARE)	$(\text{N}^{\circ} \text{ de elementos dos casais com DM2 e com avaliação da ARE} / \text{n}^{\circ} \text{ total de elementos membros dos casais com DM2}) \times 100$		100%
			Taxa de Avaliação à Adesão ao Regime Medicamentoso (ARM)	$(\text{N}^{\circ} \text{ de elementos dos casais com DM2 e com avaliação da ARM} / \text{n}^{\circ} \text{ total de elementos membros dos casais com DM2}) \times 100$		100%
	Avaliar o Risco de DM2 nos membros da família não diagnosticados com DM2		Taxa de Avaliação do Risco de DM2 (RDM2)	$(\text{N}^{\circ} \text{ de elementos dos casais não diagnosticados com DM2 e com avaliação do RDM2} / \text{n}^{\circ} \text{ total de elementos membros dos casais}) \times 100$	100%	100%
	Promover Ganhos em Saúde ao intervir	Processo	Taxa de realização de entrevistas familiares sistémicas	$(\text{N}^{\circ} \text{ de entrevistas realizadas} / \text{N}^{\circ} \text{ de total de entrevistas agendadas})$	100%	100%

Intervir, de forma eficaz nas Famílias participantes e nos seus membros, dando resposta às suas necessidades em cuidados e tendo em conta as suas características específicas	nas áreas de atenção da Dimensão Estrutural		Taxa de membros da família presentes nas entrevistas	(Nº de membros da família presentes em cada uma das entrevistas / Nº de total de membros da família)	100%	N.A.
		Resultado	Taxa de Ganhos em Saúde no Foco Rendimento Familiar	(Nº de famílias com diagnóstico de RF positivado ¹ de T0 a Tx/nº de famílias com diagnóstico de RF negativo em T0) x 100	100%	N.A.
			Taxa de Ganhos em Saúde no Foco Edifício Residencial	(Nº de famílias com diagnóstico positivado ¹ no ER entre T0 e Tx / nº de famílias com diagnóstico negativo no ER em T0) x 100		N.A.
			Taxa de Ganhos em Saúde no Foco Precaução de Segurança	(Nº de famílias com diagnóstico positivado ¹ no PS entre T0 e Tx/ nº de famílias com diagnóstico negativo no PS em T0) x 100		N.A.
			Taxa de Ganhos em Saúde no Foco Animal Doméstico	(Nº de famílias com diagnóstico positivado ¹ no AD entre T0 e Tx / nº de famílias com diagnóstico negativo no AD em T0) x 100		N.A.
	Promover Ganhos em Saúde ao intervir na dimensão Desenvolvidamental	Resultado	Taxa de Ganhos em Saúde na Satisfação Conjugal	(Nº de famílias com diagnóstico positivado ¹ no SC entre T0 e Tx/ nº de famílias com diagnóstico negativo no SC em T0) x 100	100%	85,71%
			Taxa de Ganhos em Saúde no Papel Parental	(Nº de famílias com diagnóstico positivado ¹ no PP entre T0 e Tx/ nº de famílias com diagnóstico negativo no PP em T0) x 100		N.A.
			Taxa de Ganhos em Saúde no Processo Familiar	(Nº de famílias com diagnóstico positivado ¹ no PF entre T0 e Tx/ nº de famílias com diagnóstico negativo no PF em T0) x 100		100%
	Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família	Processo	Taxa de intervenções do Tipo Negociar	(Nº de famílias com intervenções do tipo negociar/ nº total de famílias avaliadas) x 100	100%	100%

Intervir, de forma eficaz nas Famílias participantes e nos seus membros, dando resposta às suas necessidades em cuidados e tendo em conta as suas características específicas	Promover Ganhos em Saúde a nível individual	Resultado	Taxa de Ganhos em saúde na Gestão do Regime Terapêutico (GRT)	$(\text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico positivado}^1 \text{ na GRT entre T0 e Tx} / \text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico negativo na GRT em T0}) \times 100$	70%	71,4%
			Taxa de Ganhos em saúde na Adesão ao Regime Dietético (ARD)	$(\text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico positivado}^1 \text{ na ARD entre T0 e Tx} / \text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico negativo na ARD em T0}) \times 100$	70%	71,4%
			Taxa de Ganhos em saúde na Adesão ao Regime de Exercício (ARE)	$(\text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico positivado}^1 \text{ na ARE entre T0 e Tx} / \text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico negativo na ARE em T0}) \times 100$	55%	57,14%
			Taxa de Ganhos em saúde na Adesão ao Regime Medicamentoso (ARM)	$(\text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico positivado}^1 \text{ na ARM entre T0 e Tx} / \text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico negativo na ARM em T0}) \times 100$	70%	71,4%
			Taxa de Ganhos em saúde na Auto-vigilância (AV)	$(\text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico positivado}^1 \text{ na AV entre T0 e Tx} / \text{N}^\circ \text{ de elementos dos casais com DM2 com diagnóstico negativo na AV em T0}) \times 100$	80%	14,29%

¹Entende-se por diagnóstico positivado, a alteração da situação de saúde do cliente de negativa para positiva, face à intervenção do Enfermeiro. De T0 a Tx corresponde o período em análise face ao indicador, sendo T0 o momento inicial de avaliação do indivíduo/família e Tx, o último contacto no período em avaliação

Diagnóstico das Necessidades formativas na documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da dimensão estrutural, do Programa “Saúde da Família” do SClínico®

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 Dayane Carvalho no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Todas as respostas e dados partilhados são confidenciais.

Parte I

Selecione, por favor, com um X em SIM ou NÃO para cada pergunta e responda às perguntas abertas com a sua opinião

SIM NÃO

1. Conhece o referencial teórico e operativo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)?

☐ ☐

1.1 Se respondeu NÃO à pergunta anterior, tem interesse em conhecer o MDAIF?

☐ ☐

1.2 Se respondeu SIM à pergunta anterior, como tomou conhecimento?

1.3 Refira o que conhece deste modelo no âmbito da avaliação estrutural.

SIM NÃO

2. Teve formação em Enfermagem de Família?

☐ ☐

Se sim, em que contexto?

Contexto académico ☐

Formação contínua formal ☐

Auto-formação ☐

Outra: _____ ☐

3. Tem conhecimento sobre a existência do programa “Saúde da Família”
no SClínico®?

☐ ☐

4. Costuma fazer a documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família”
no SClínico®?

☐ ☐

Se não, quais os motivos que o levam a não o fazer:

5. Identifica vantagens na documentação dos cuidados no programa “Saúde da
Família” no SClínico®?

☐ ☐

Se sim, quais:

V F

6. Responda com Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes afirmações:

6.1 O tipo de família e a etapa do ciclo vital são dados que podem ser documentados
em separador predefinido da Avaliação Inicial da Família

☐ ☐

6.2 Uma das áreas de atenção da dimensão estrutural da avaliação familiar é o Processo Familiar

☐ ☐

V **F**

6.3 Para se realizar a documentação no processo clínico da família é necessário ativar o programa de “Saúde da Família”

☐ ☐

6.4 O genograma é um instrumento da avaliação estrutural que pode ser anexado em separador próprio da Avaliação Inicial da Família

☐ ☐

6.5 A possibilidade de avaliação da Classe Social da Família, através da Escala de Graffar em separador próprio, é um dos upgrades a fazer-se no SClinico®

☐ ☐

6.6 Através do “Programa da Família” é possível identificar-se diagnósticos à família mas ainda não é possível planejar e documentar a execução de intervenções assim como avaliar o resultado das mesmas

☐ ☐

6.7 O Animal Doméstico é uma das áreas de atenção da avaliação estrutural

☐ ☐

6.8 O Planeamento Familiar e o Edifício Residencial são áreas de atenção da avaliação estrutural

☐ ☐

6.9 As condições de habitação são possíveis de documentar em separador próprio no SClinico®

☐ ☐

6.10 O Abastecimento de Água não releva para a prática de Enfermagem

☐ ☐

6.11 A consulta de Enfermagem no domicílio do utente é a única oportunidade de colheita de dados para a avaliação estrutural da família

☐ ☐

V F

6.12 A Precaução de Segurança é avaliada no âmbito da dimensão estrutural

☐	☐

6.13 A avaliação do Rendimento Familiar é realizada apenas pela assistente social, saindo do âmbito dos cuidados de enfermagem

☐	☐

6.14 A documentação no “Programa Saúde da Família” pode ser feita de forma gradual, em várias consultas diferentes, conforme se colhem os dados

☐	☐

6.15 A documentação no “Programa Saúde da Família” é da competência apenas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

☐	☐

PARTE II

1. Selecione, por favor, com uma X na escala de 1 a 5 para responder às seguintes questões, tendo em consideração a sua perceção acerca do seu grau de competência, de 1 a 5, onde 1 corresponde a “Totalmente incompetente”, 3 corresponde a “Competente” e 5 corresponde a “Totalmente competente”.

1.1 Como pontua a sua competência no sentido de abordar a família enquanto cliente?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

1.2 Como pontua a sua competência na focalização da família como um todo, quanto nos seus membros individualmente?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

1.3 Como pontua a sua competência na documentação dos cuidados às famílias no programa “Saúde da Família” no âmbito da avaliação estrutural?

1	2	3	4	5

2. Tendo em consideração a percepção acerca do seu grau de competência na documentação no âmbito da avaliação estrutural, responda o que melhor o descreve assinalando com uma cruz (x), sendo que o 1 corresponde a “Totalmente Incompetente”, 3 corresponde a “Competente” e o 5 a “Totalmente Competente, para cada um dos focos:

2.1 Rendimento Familiar

	1	2	3	4	5
Identificação de necessidades					
Formulação de diagnóstico					
Planeamento de Intervenções					
Execução de Intervenções					
Avaliação das Intervenções					

2.2 Edifício Residencial

	1	2	3	4	5
Identificação de necessidades					
Formulação de diagnóstico					
Planeamento de Intervenções					
Execução de Intervenções					
Avaliação das Intervenções					

2.3 Precaução de Segurança

	1	2	3	4	5
Identificação de necessidades					
Formulação de diagnóstico					
Planeamento de Intervenções					
Execução de Intervenções					
Avaliação das Intervenções					

2.4 Abastecimento de Água

	1	2	3	4	5
Identificação de necessidades					
Formulação de diagnóstico					
Planeamento de Intervenções					
Execução de Intervenções					
Avaliação das Intervenções					

2.5 Animal Doméstico

	1	2	3	4	5
Identificação de necessidades					
Formulação de diagnóstico					
Planeamento de Intervenções					
Execução de Intervenções					
Avaliação das Intervenções					

3. Tendo em consideração a percepção quanto ao seu grau de competência no uso instrumentos da avaliação estrutural familiar, responda o que melhor o descreve assinalando com uma cruz (x), sendo que o 1 corresponde a “Totalmente Incompetente”, 3 corresponde a “Competente” e o 5 a “Totalmente Competente:

	1	2	3	4	5
3.1 Genograma					
3.2 Ecomapa					
3.3 Escala Graffar					

4. Numa escala de 1 a 5, onde **1 - Nada motivado e 5 - Totalmente motivado**, o quanto classifica a sua motivação para melhorar a sua competência na documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família, no âmbito da avaliação estrutural”?

1	2	3	4	5

Grata pela sua participação

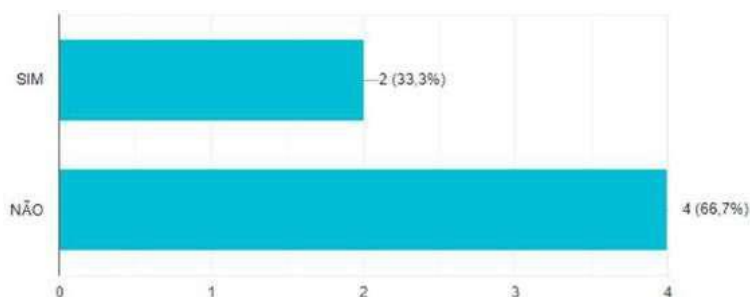
Aluna MECESF- Dayane Carvalho

ANEXO XXII - Análise das respostas ao questionário de identificação de necessidades formativas

Diagnóstico das Necessidades formativas na documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da dimensão estrutural, do Programa “Saúde da Família” do SClínico® e da Perceção sobre a competência na prestação de cuidados sistémicos às famílias.

PARTE I

1. Conhece o referencial teórico e operativo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)?



66,7% da equipa refere não conhecer o referencial teórico e operativo MDAIF.

1.1 Se respondeu NÃO à pergunta anterior, tem interesse em conhecer o MDAIF?

100% dos elementos da equipa de enfermagem que não conhecem o modelo têm interesse em conhecê-lo

1.2 Se respondeu SIM à pergunta anterior, como tomou conhecimento?

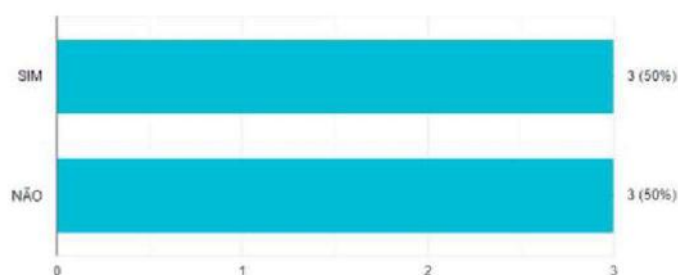
-11,1% Contexto Académico; 11,1% Formação Contínua Formal; 11,1% Auto-formação

1.3 Refira o que conhece deste modelo no âmbito da avaliação estrutural

50% dos que conheciam MDAIF: “Avaliação do ciclo vital, relações entre os seus membros, papéis desempenhados e condições de vida, diagnóstico e posterior intervenção”

50% dos que conheciam não se recordavam

2. Teve formação em Enfermagem de Família?

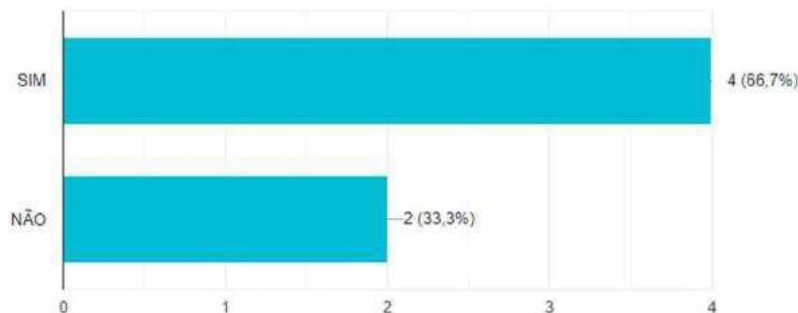


50% da equipa de enfermagem teve formação em Enfermagem de Família

2.1 Se sim, em que contexto?

100% da equipa que teve formação em Enfermagem de Família, foi no âmbito do contexto académico

3. Tem conhecimento sobre a existência do programa “Saúde da Família” no SClínico®?



66,7% da equipa de enfermagem têm conhecimento sobre a existência do programa “Saúde da Família”

3.1 a) Se respondeu SIM à pergunta anterior, costuma fazer a documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” no SClínico®?

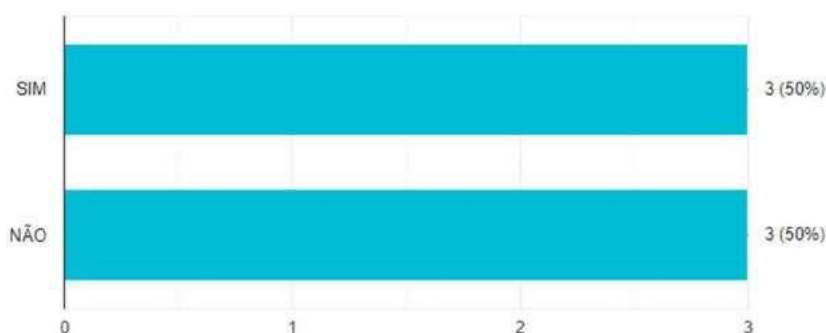


100% dos elementos da equipa que têm conhecimento sobre a existência do programa “Saúde da Família” não costumam registrar os dados no programa “Saúde da Família” no SClínico®

3.1 b) Se não, quais os motivos que o levam a não o fazer:

Dos elementos da equipa que não costumam registrar os dados no programa “Saúde da Família” no SClínico® 75% não o faz por Falta de tempo e 25% por Falta de hábito.

4. Identifica vantagens na documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” no SClínico ®?

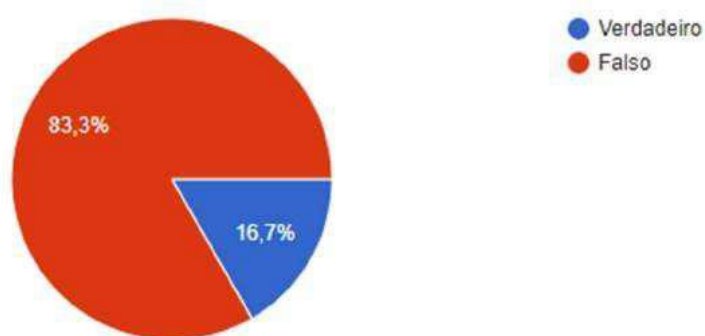


50% da equipa de enfermagem identifica vantagens na documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” no SClínico®.

Das quais “Panorama geral da família e suas necessidades e Maior conhecimento de todos os membros da família”

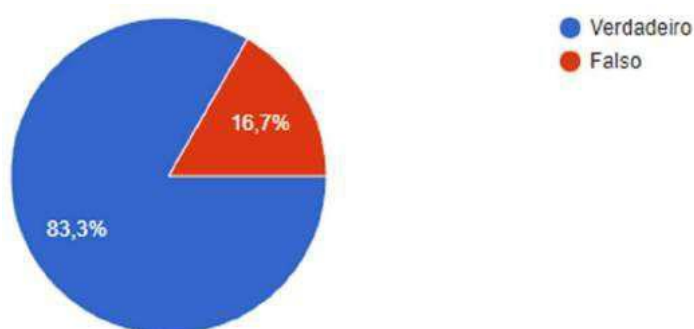
5. Responda com Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes afirmações:

5. 1 O tipo de família e a etapa do ciclo vital, são dados que podem ser documentados em separador predefinido da Avaliação Inicial da Família.



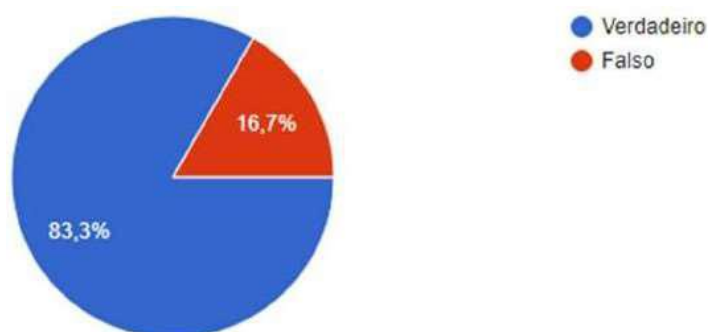
83,3% da equipa respondeu incorretamente (Resposta certa: Verdadeiro)

5.2 Uma das áreas de atenção da dimensão estrutural da avaliação familiar é o Processo Familiar.



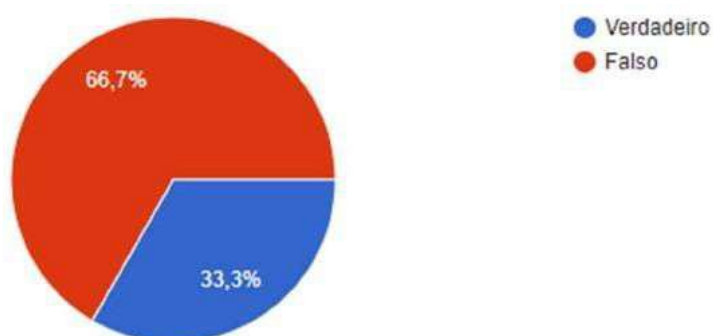
83,3% da equipa respondeu incorretamente (Resposta certa: Falso)

5.3 Para se realizar a documentação no processo clínico da família é necessário ativar o programa de “Saúde da Família”.



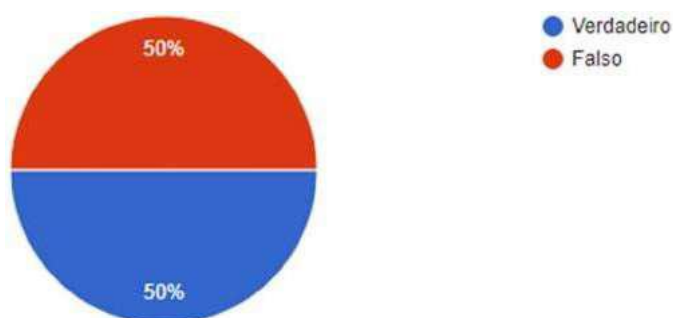
83,3% da equipa respondeu incorretamente (Resposta certa: Falso)

5.4 O genograma é um instrumento da avaliação estrutural que pode ser anexado em separador próprio da Avaliação Inicial da Família.



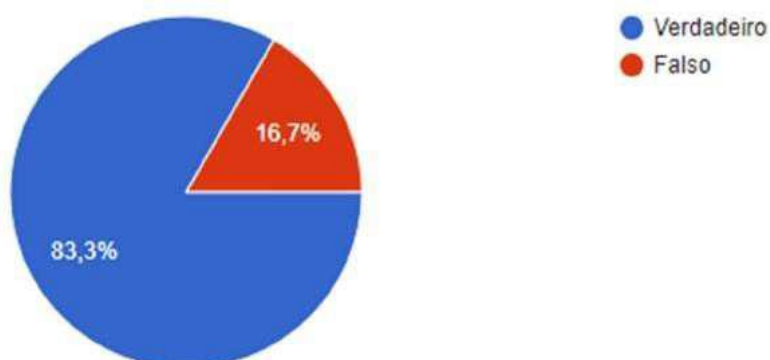
66,7% da equipa respondeu corretamente (Resposta certa: Falso)

5.5 A possibilidade de avaliação da Classe Social da Família, através da Escala de Graffar em separador próprio, é um dos *upgrades* a fazer-se no SClinico®.



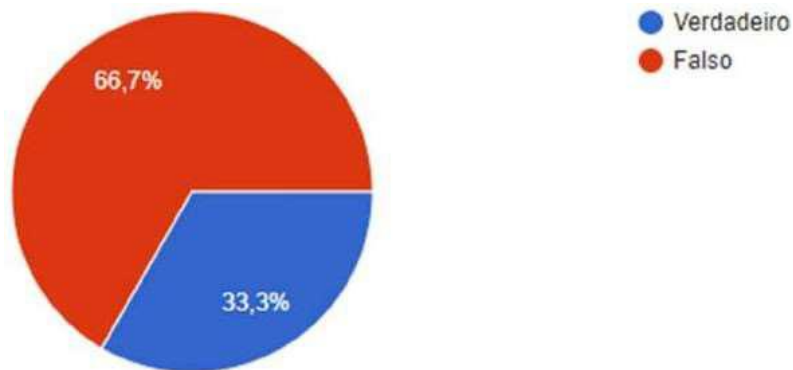
50% da equipa respondeu incorretamente (Resposta certa: Falso)

5.6 Através do “Programa da Família” é possível identificar-se diagnósticos à família, mas ainda não é possível planejar e documentar a execução de intervenções assim como avaliar o resultado das mesmas.



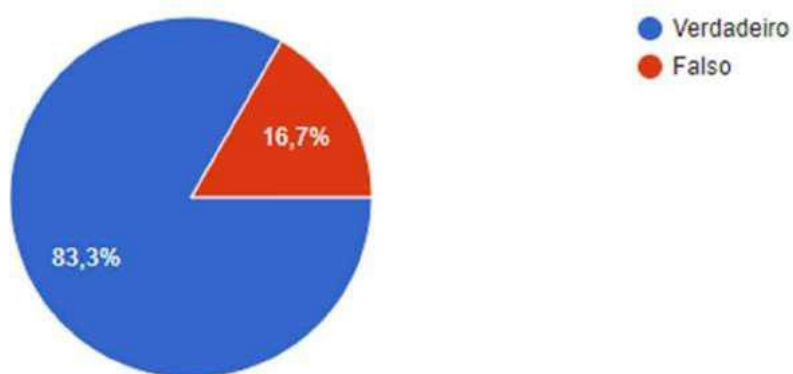
83,3% da equipa responderam incorretamente (Resposta certa: Falso)

5.7 O Animal Doméstico é uma das áreas de atenção da avaliação estrutural.



66,7% da equipa respondeu incorretamente (Resposta certa: Verdadeiro)

5.8 O Planeamento Familiar e o Edifício Residencial são áreas de atenção da avaliação estrutural.



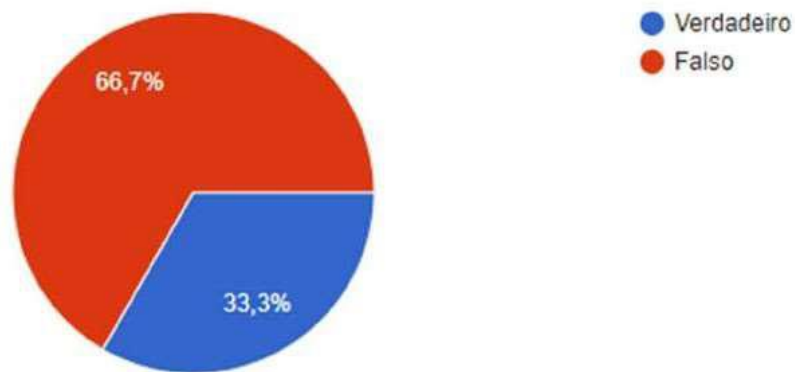
83,3% da equipa respondeu incorretamente (Resposta certa: Falso)

5.9 As condições de habitação são possíveis de documentar em separador próprio no SClinico®.



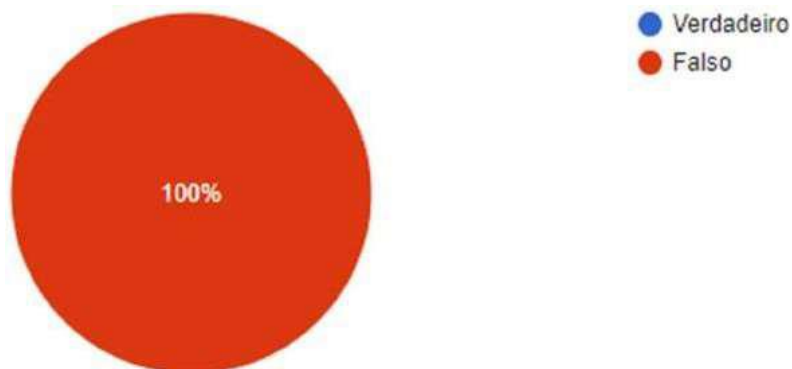
100% da equipa respondeu corretamente (Resposta certa: Verdadeiro)

5. 10 O Abastecimento de Água não releva para a prática de Enfermagem.



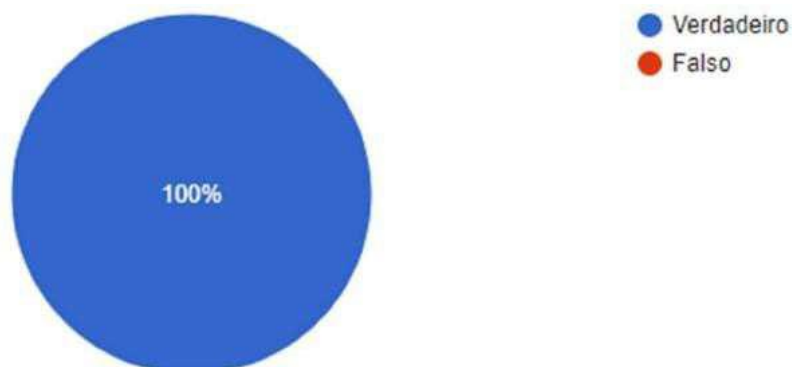
66,7% da equipa respondeu corretamente (Resposta certa: Falso)

5. 11 A consulta de Enfermagem no domicílio do utente é a única oportunidade de colheita de dados para a avaliação estrutural da família.



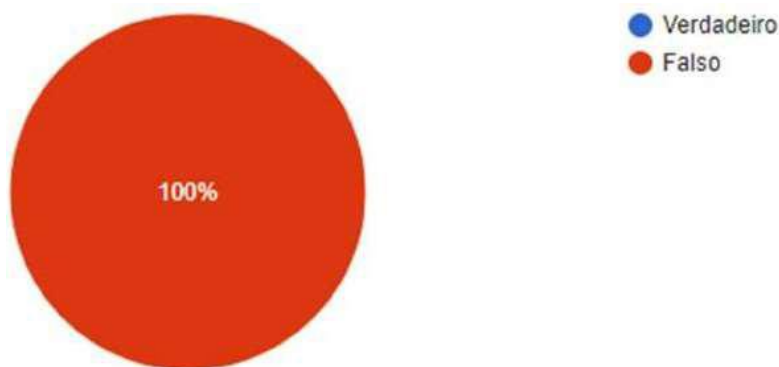
100% da equipa respondeu corretamente (Resposta certa: Falso)

5.12 A Precaução de Segurança é avaliada no âmbito da dimensão estrutural.



100% da equipa respondeu corretamente (Resposta certa: Verdadeiro)

5.13 A avaliação do Rendimento Familiar é realizada apenas pela assistente social, saindo do âmbito dos cuidados de enfermagem.



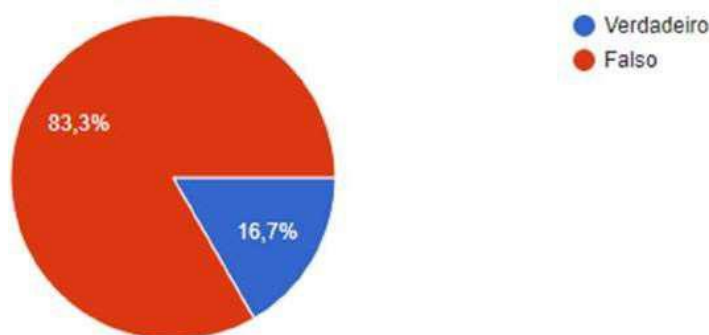
100% da equipa respondeu corretamente (Resposta certa: Falso)

5.14 A documentação no “Programa Saúde da Família” pode ser feita de forma gradual, em várias consultas diferentes, conforme se colhem os dados.



100% da equipa respondeu corretamente (Resposta certa: Verdadeiro)

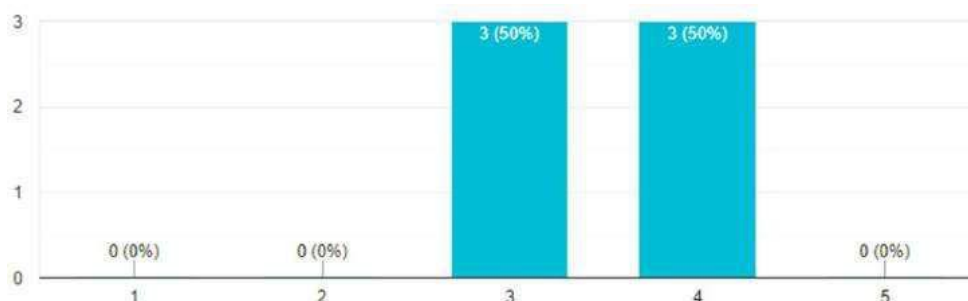
5.15 A documentação no “Programa Saúde da Família” é da competência apenas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar



83,3% da equipa responderam corretamente (Resposta certa: Falso)

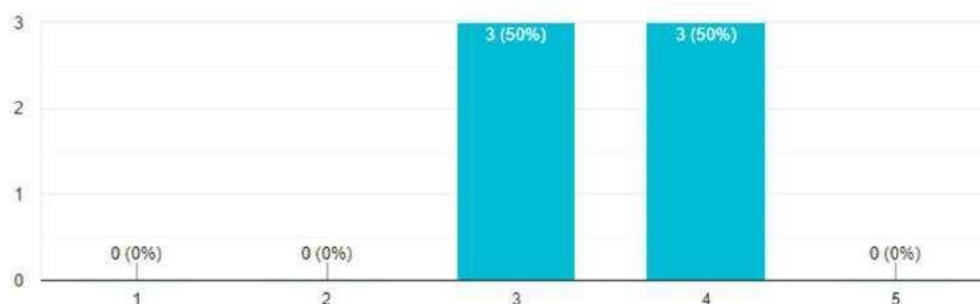
PARTE II

1.1 Como pontua a sua competência no sentido de abordar a família enquanto cliente? Assinale tendo em consideração que o 1 corresponde a “Totalmente Incompetente”, 3 corresponde a “Competente” e o 5 a “Totalmente Competente”:



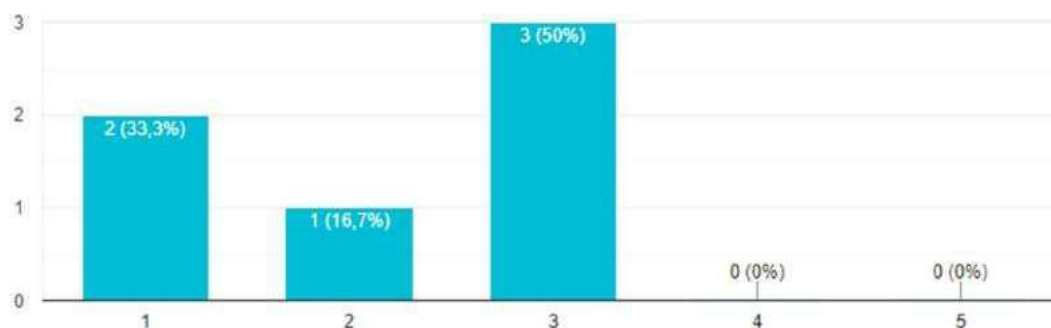
50% da equipa considera ser “competente” a abordar a família enquanto cliente, os outros 50% considera estar no patamar entre intermédio entre o “competente” e “totalmente competente”.

1.2 Como pontua a sua competência na focalização da família como um todo, quanto nos seus membros individualmente?



50% da equipa considera ser “competente” a focalizar a família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, os outros 50% considera estar no patamar entre intermédio entre o “competente” e “totalmente competente”.

1.3 Como pontua a sua competência na documentação dos cuidados às famílias no programa “Saúde da Família” no âmbito da avaliação estrutural?



50% da equipa considera ser “competente” na documentação dos cuidados às famílias no programa “Saúde da Família” no âmbito da avaliação estrutural e 33,3% “incompetente”.

2. Tendo em consideração a percepção acerca do seu grau de competência na documentação no âmbito da avaliação estrutural, responda o que melhor o descreve. Assinale tendo em consideração que o 1 corresponde a “Totalmente Incompetente”, 3 corresponde a “Competente” e o 5 a “Totalmente Competente”, para os diferentes focos:

	Identificação de necessidades	Formulação de diagnóstico	Planeamento de Intervenções	Execução de Intervenções	Avaliação das Intervenções
Rendimento Familiar	33,3% - 2	16,7% - 1	33,3% - 1	33,3% - 1	33,3% - 1
	33,3% - 3	16,7% - 2	16,7% - 2	33,3% - 2	33,3% - 2
	33,3% - 4	66,7% - 3	50% - 3	33,3% - 3	33,3% - 3
Edifício Residencial	16,7% - 1	33,3% - 1	33,3% - 1	33,3% - 1	33,3% - 1
	33,3% - 2	16,7% - 2	33,3% - 2	33,3% - 2	33,3% - 2
	50% - 3	50% - 3	33,3% - 3	33,3% - 3	33,3% - 3
Precaução de Segurança	50% - 2	50% - 2	50% - 2	50% - 2	50% - 2
	33,3% - 3	33,3% - 3	33,3% - 3	33,3% - 3	33,3% - 3
	16,7% - 4	16,7% - 4	16,7% - 4	16,7% - 4	16,7% - 4
Abastecimento de Água	16,7% - 1 e 2	16,7% - 1 e 4	16,7% - 1,3 e 4	33,3% - 1 e 2	33,3% - 1 e 2
	33,3% - 3 e 4	33,3% - 2 e 3	50% - 3	16,7% - 3 e 4	16,7% - 3 e 4
Animal Doméstico	83,3% - 2	16,7% - 1 e 4	16,7% - 1	16,7% - 1	16,7% - 1
	16,7% - 4	66,7% - 2	50% - 2	50% - 2	50% - 2
			33,3% - 3	33,3% - 3	33,3% - 3

Na percepção da equipa de enfermagem têm mais competências no âmbito dos focos rendimento familiar e edifício residencial e abastecimento de água, percecionando menos competência no âmbito da precaução de segurança e animal doméstico. Nenhum enfermeiro tem percepção de ser totalmente competente em alguma das etapas do processo de enfermagem no âmbito dos focos da avaliação estrutural.

Anexo XXIII- Check-List de Auditoria aos processos clínicos e respetivos resultados

Check-List de Auditoria à documentação dos cuidados de enfermagem, no âmbito da dimensão estrutural do Programa “Saúde da Família” do SClínico®

Local: USF do Estágio

Data: 15/05/2023

Auditorias nº 1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11 e 12.

	Item em Avaliação	Preenchimento			Observações
		S	N	NA	
Separador SClínico®	1. Avaliação Inicial				
1.1 Utilização dos Serviços de Saúde	a) Utilização Serviços de Saúde		X		
	b) Observações		X		
1.2 Caracterização Sócio- Económica	a) Tipo de Familiar		X		
	b) Ciclo Vida Familiar		X		
	c) Rendimentos		X		
	d) Apoio Social		X		
	e) Observações		X		
1.3 Edifício Residencial	a) Tipo		X		
	b) Número de Divisões		X		
	c) Número de Quartos		X		
	d) Casa de banho		X		
	e) Localização da Casa de Banho		X		
	f) Observações		X		
	g) Abastecimento de Água		X		
	h) Saneamento Básico		X		
	i) Eletricidade		X		
	j) Conservação da Habitação		X		
	k) Higiene da Habitação		X		
	l) Observações Gerais		X		
1.4 Outras Situações	a) Observações		X		

	Item em Avaliação	Preenchimento			Observações
		S	N	NA	
Separador SClinico®	2. Processo Familiar				
2.1 Habitação	a) Tipo de Alojamento		X		
	b) Salubridade da zona residencial		X		
	c) Regime de Ocupação		X		
	d) Topologia		X		
	e) Estado de Conservação		X		
	f) Conforto		X		
	g) Casa de Banho		X		
	h) Aquecimento		X		
	i) Mobiliário e equipamento básico		X		
	j) Higiene		X		
	k) Eletricidade		X		
	l) Água		X		
	m) Origem		X		
	n) Distribuição		X		
	o) Barreiras Arquitetónicas		X		
2.2 Escala Graffar	a) Profissão		X		
	b) Instrução		X		
	c) Fonte principal de Rendimento		X		
	d) Tipo de Habitação		X		
	e) Local de Residência		X		
2.3 Ciclo Vital	a) Fase do Ciclo Vital segundo <u>Duvall</u>		X		
2.4 Tipo de Família	a) Tipo de Família		X		
2.5 Risco Familiar Garcia-Gonzalez	a) Pontuação		X		
2.6 Risco Familiar Segovia Dreyer	a) Pontuação		X		

	Item em Avaliação	Preenchimento			Observações
		S	N	NA	
Foco	3. Rendimento Familiar				
3.1 Intervenção de Diagnóstico	a) Avaliar Gestão Rendimento		X		
	b) Avaliar Conhecimento sobre Gestão de Rendimentos		X		
3.2 Diagnóstico	a) Rendimento Não Insuficiente		X		
	b) Rendimento Suficiente		X		
	c) Conhecimento sobre gestão de Rendimentos		X		
	d) Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão de Rendimentos		X		
3.3 Intervenções	a) Verificar conhecimentos		X		
	b) Requerer serviço social		X		
	c) Referir rendimentos insuficientes ao serviço social		X		
	d) Promover gestão do rendimento familiar		X		
	e) Orientar a família para o serviço social		X		
Foco	4. Edifício Residencial				
4.1 Intervenção de Diagnóstico	a) Avaliar Habitação		X		
	b) Avaliar Conhecimento sobre Habitação		X		
4.2 Diagnóstico	a) Edifício Residencial Seguro		X		
	b) Edifício Residencial Não Seguro		X		
	c) Conhecimento sobre Habitação		X		
	d) Potencial para melhorar o conhecimento sobre habitação		X		
4.3 Intervenções	a) Verificar conhecimento		X		
	b) Requerer serviço social		X		
	c) Referir rendimentos insuficientes ao serviço social;		X		
	d) Promover gestão do rendimento familiar		X		
	e) Orientar a família para o serviço social		X		

	Item em Avaliação	Preenchimento			Observações
		S	N	NA	
Foco	5. Abastecimento de Água				
5.1 Intervenção de Diagnóstico	a) Avaliar Abastecimento de Água		X		
5.2 Diagnóstico	a) Abastecimento de Água Adequado		X		
	b) Abastecimento de Água Não Adequado		X		
	c) Conhecimento sobre Abastecimento de Água		X		
	d) Potencial para melhorar o conhecimento sobre Abastecimento de Água		X		
5.3 Intervenções	a) Ensinar a família sobre controlo da qualidade da água		X		
	b) Orientar para serviço de tratamento de água		X		
	c) Requerer serviço social		X		
Foco	6. Animal Doméstico				
6.1 Intervenção de Diagnóstico	a) Avaliar conhecimento sobre Animal Doméstico		X		
6.2 Diagnóstico	a) Animal Doméstico Negligenciado		X		
	b) Animal Doméstico Não Negligenciado		X		
	c) Conhecimento sobre Animal Doméstico		X		
	d) Potencial para melhorar o conhecimento sobre animal doméstico		X		
6.3 Intervenções	a) Ensinar a família a tratar parasitose do animal doméstico		X		
	b) Ensinar a família sobre vacinação do animal doméstico		X		
	c) Incentivar a família a tratar da parasitose de animal doméstico		X		

	Item em Avaliação	Preenchimento			Observações
		S	N	NA	
Foco	7. Prevenção de Segurança				
7.1 Intervenção de Diagnóstico	a) Avaliar Prevenção de Segurança		X		
	Avaliar Conhecimento sobre medidas de segurança		X		
7.2 Diagnóstico	a) Prevenção de Segurança Comprometida		X		
	b) Potencial para melhorar o conhecimento sobre medidas de segurança		X		
7.3 Intervenções	a) Gerir medidas de segurança		X		
	b) Incentivar medidas de segurança		X		
	c) Executar medidas de segurança		X		
	d) Negociar com a família medidas de segurança na habitação		X		
	e) Ensinar sobre medidas de segurança com dispositivos		X		
	f) Ensinar a família sobre medidas de segurança		X		
7.4 Genograma	a) Algum tipo de menção no processo		X		
7.5 Ecomapa	a) Algum tipo de menção no processo		X		
Observações	Sem qualquer registro ou menção dos parâmetros avaliados.				

ANEXO XXIV - Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades			
	Atividades	Maio	Junho
Diagnóstico de situação	-Elaboração de um instrumento de colheita de dados (questionário)	De 1 a 11	
	-Aplicação do instrumento de colheita de dados (questionário);		
	-Elaborar documento Guia de Auditoria (<i>check-list</i>);		
	-Realizar auditoria à documentação dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SCLínico a 10 processos clínicos (auditoria diagnóstica/pré-formação);	De 11 a 12	
	-Análise dos dados/resultados.	De 13 a 14	
Planeamento das Ações	-Realização do plano de sessão da formação;	De 15 a 25	
	-Elaboração da folha de participantes;		
	-Elaboração do cronograma de atividades		
	-Elaboração slides da apresentação;		
	-Elaboração de um instrumento de avaliação da ação de formação		
	-Elaboração de um manual orientador para documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural no programa "Saúde da Família" do SCLínico.		
Desenvolvimento das Ações	-Exposição da apresentação na USF	26	De 26/5 a 20/06
	-Acompanhamento dos enfermeiros da equipa na documentação da avaliação e intervenção da dimensão estrutural da família no âmbito do programa "Saúde Família" do SCLínico		
Avaliação dos dados/ resultados	-Aplicação de um instrumento de avaliação da ação de formação;	26	
	-Aplicação do instrumento de avaliação dos conhecimentos adquiridos (1ª parte do questionário pré-formação aplicada imediatamente após a formação);	26	
	-Aplicação do instrumento de avaliação da perceção de competências adquiridas (2ª parte do questionário pré-formação aplicada 3 semanas após a formação);	26	
	-Realização de auditoria à documentação dos cuidados, no âmbito da dimensão estrutural, no programa "Saúde Familiar" do SCLínico a 10 processos clínicos, 3 semanas após formação		De 21 a 23

ANEXO XXIV - Indicadores de processo e resultado

Indicadores de Processo		Meta	Resultados
% de elementos da equipa de enfermagem da USF que preencheu o inquérito para avaliação de necessidades formativas	Número de elementos da equipa de enfermagem da USF que preencheu o inquérito para avaliação de necessidades formativas / Nº total de elementos da equipa de enfermagem x 100	100%	100%
% de processos auditados antes da realização da formação	Número de processos auditados antes da realização da formação/ Nº total de processos estabelecido pela formadora (12processos, 2 por cada enfermeiro)	100%	100%
% de elementos da equipa de enfermagem da USF presentes na sessão de formação	Número de elementos da equipa de enfermagem da USF presentes na sessão de formação / Nº total de elementos da equipa de enfermagem x 100	50%	100%
% de elementos da equipa de enfermagem da USF participaram em momentos de supervisão clínica de pares <i>one-to-one</i>	Número de elementos da equipa de enfermagem da USF participaram em momentos supervisão clínica de pares <i>one-to-one</i> / Nº total de elementos da equipa de enfermagem x 100	100%	100%
% de elementos da equipa de enfermagem da USF que preencheu a avaliação da formação/ formadora	Número de elementos da equipa de enfermagem da USF que preencheu a avaliação da formação/ formadora / Nº total de elementos da equipa de enfermagem que participaram na formação x 100	100%	100%
% de elementos da equipa de enfermagem da USF que preencheu o inquérito pós-formação (15 dias após)	Número de elementos da equipa de enfermagem da USF que preencheu o inquérito pós-formação (15 dias após) Nº total de elementos da equipa de enfermagem x 100	100%	100%
% de processos auditados após a realização da formação	Número de processos auditados antes da realização da formação/ Nº total de processos estabelecido pela formadora (12processos, 2 por cada enfermeiro)	100%	100%

Indicadores de Resultado		Meta	Resultados
% de processos auditados pós formação e supervisão clínica de pares <i>one-to-one</i> com documentação (avaliação diagnóstica ou diagnósticos ou intervenções) dos cuidados na dimensão estrutural do Programa da Saúde da Família do SClínico® feita corretamente	Número de processos auditados pós formação e supervisão clínica de pares <i>one-to-one</i> com documentação (avaliação diagnóstica ou diagnósticos ou intervenções) dos cuidados na dimensão estrutural do Programa da Saúde da Família do SClínico® feita corretamente/ N° total de processos estabelecido pela formadora (12 processos, 2 por cada enfermeiro)	100%	100%
% de elementos da equipa de enfermagem da USF que perceciona ter competência* na documentação dos cuidados na dimensão estrutural do Programa da Saúde da Família do SClínico *média de respostas nas questões da percepção de competência na documentação nas diferentes fases do processo de enfermagem nas áreas de atenção da dimensão estrutural = 3 (competente)	Número de elementos da equipa de enfermagem da USF que perceciona ter competência* na documentação dos cuidados na dimensão estrutural do Programa da Saúde da Família do SClínico / N° total de elementos da equipa de enfermagem x100 *média de respostas nas questões da percepção de competência na documentação nas diferentes fases do processo de enfermagem nas áreas de atenção da dimensão estrutural = 3 (competente)	100%	83,4%
% de elementos da equipa de enfermagem da USF que demonstra competência* na documentação dos cuidados na dimensão estrutural do Programa da Saúde da Família do SClínico®	Número de elementos da equipa de enfermagem da USF que documenta corretamente e autonomamente os cuidados na dimensão estrutural do Programa da Saúde da Família do SClínico® no último momento de supervisão clínica de pares <i>one-to-one</i> / N° total de elementos da equipa de enfermagem x 100	100%	83,4%
% de elementos da equipa de enfermagem da USF que demonstra conhecimentos* na documentação dos cuidados na dimensão estrutural do Programa da Saúde da Família do SClínico® *Demonstra conhecimentos se: >=75% respostas certas no inquérito pós-formação	Número de elementos da equipa de enfermagem da USF que demonstra conhecimentos* na documentação dos cuidados na dimensão estrutural do Programa da Saúde da Família do SClínico® / N° total de elementos da equipa de enfermagem x100 *Demonstra conhecimentos se: >=75% respostas certas no inquérito pós-formação	100%	66,7%

ANEXO XXVI - Plano da sessão de formação ministrada

Local: USF

Formadora: Dayane Carvalho

Data: 26 de Maio de 2023

Horário: 12 horas e 30 minutos às 13 horas e 30 minutos. **Duração da Sessão:** 1 hora

População Alvo: Equipa de Enfermagem da USF

Objetivo Geral: Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural, no programa “Saúde da Família” do SClínico®

Objetivos Pedagógicos:

- Conhecer o Pensamento Sistémico como sustentador da abordagem da Enfermagem de Saúde Familiar
- Conhecer os níveis de abordagem à família
- Conhecer o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)
- Conhecer as áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF
- Conhecer o Programa de Saúde da Família do SClínico®
- Conhecer os passos para a documentação da avaliação estrutural no Programa de Saúde da Família do SClínico®
- Conhecer a forma adequada de preencher a Escala de Graffar
- Conhecer a avaliação diagnóstica, formulação diagnóstico e identificação de intervenções para os focos: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Abastecimento de Água, Animal Doméstico e Precaução de Segurança.
- Conhecer a existência de instrumentos de avaliação familiar Genograma e Ecomapa

Fases	Tempo (minutos)	Conteúdos	Metodologia	Meios Técnicos/Estratégias	Formadora	Avaliação
Introdução	5	Apresentação e motivação para o tema. Apresentação dos objetivos da sessão.	Método Expositivo	*Uma mesa *Um Computador * Um Projetor *Power-Point *Manual de Consulta *Documento para avaliação Formação/Formadora *Questionário *Guia de Auditoria	Enf.ª Dayane Carvalho;	Aplicação questionário para identificação de necessidades formativas assim como realização de auditorias à documentação dos cuidados de enfermagem, previamente à sessão.
Desenvolvimento	30	- Pensamento Sistémico - Sistema Familiar e suas características - Enfermagem Saúde Familiar - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Avaliação Estrutural no SClinico® via Processo Familiar e via Avaliação Inicial - Processo de Enfermagem de cada uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF (avaliação diagnóstica/ diagnósticos e intervenções)	Método Expositivo			Diálogo com os profissionais
	15	Exercício prático: documentação dos cuidados no SClinico®	Método Ativo			Aplicação de questionário (o mesmo prévio à sessão) 15 dias após formação.
Conclusão	10	- Síntese das ideias principais e Reflexão final - Avaliação da Formação/Formadora pelos formandos - Entrega do Manual de Consulta para Documentação dos Cuidados	Discussão Orientada			Acompanhamento aos membros da equipa de (momentos de mentoria one-to-one) nas semanas seguintes à formação. Auditoria posterior para avaliação.



Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar



Dayane Carvalho
26 de Maio de 2023

Índice

- Pensamento Sistémico
- Enfermagem de Saúde Familiar
- Programa Saúde da Família
- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
- Avaliação Dimensão Estrutural
- Atividades Diagnóstico
- Diagnósticos e Intervenções
- Visibilidade dos dados
- Exercício Prático



Pensamento Sistémico

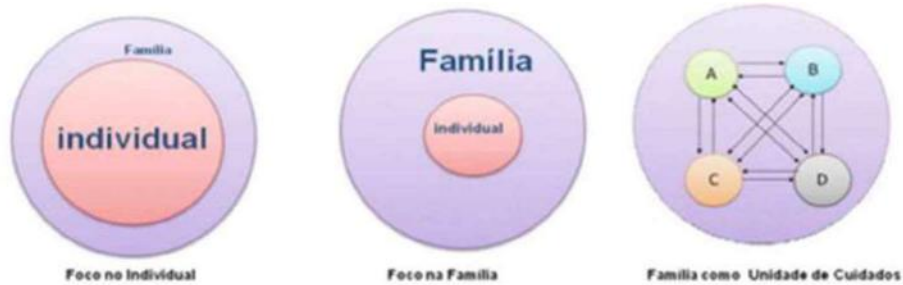


Sistema Familiar



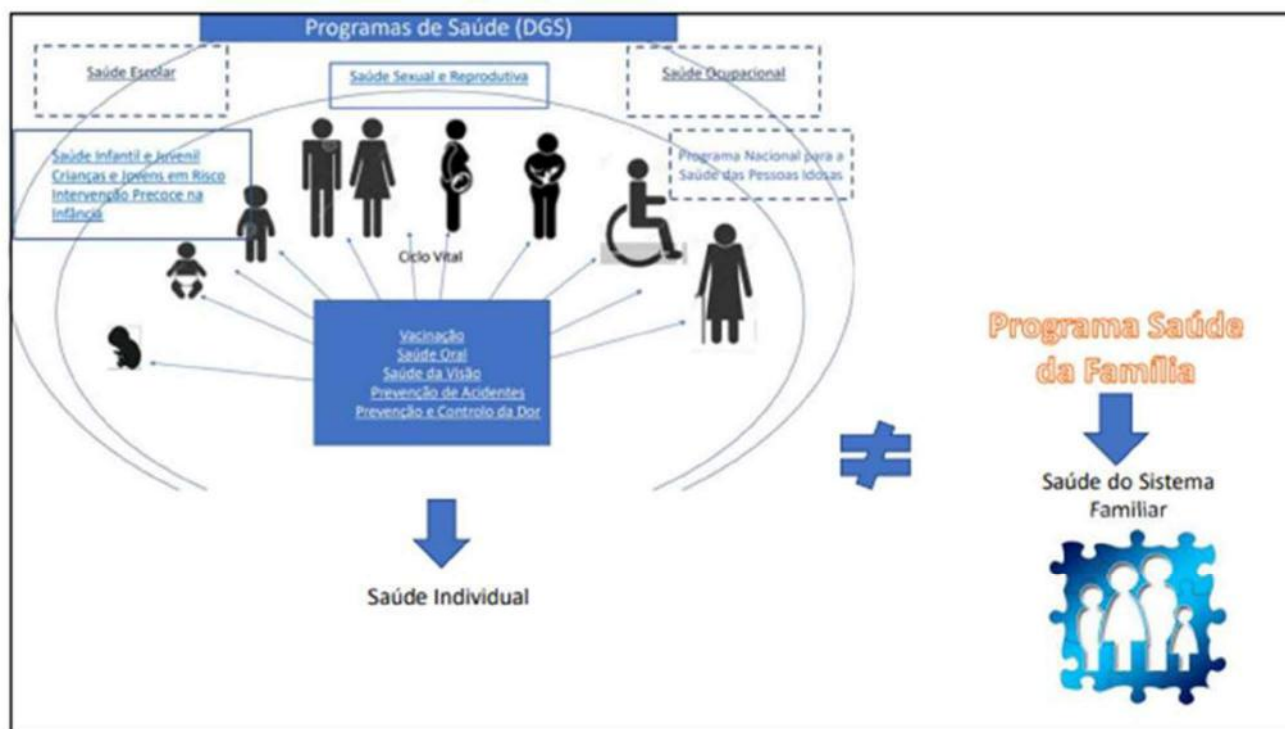
Bateson, G. (1987). *Natureza e espírito*. Lisboa: O Quilote. Bertalanffy, V. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas*. 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes. Moruza, H. (2005). *A invenção do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. São Paulo: Pys, Morin, E. (1987). *O método: A natureza da natureza*. 2ª ed. Lisboa: Publicações Europa-América. Vasconcelos, M. (2000). *Pensamento Sistémico: O novo paradigma da Odontologia*. Campinas, SP: Papirus. Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1967). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Editora Cultrix. Wiener, N. (1948). *Cybernetics, Or control and communication in the living machine*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

Níveis de Intervenção na Família

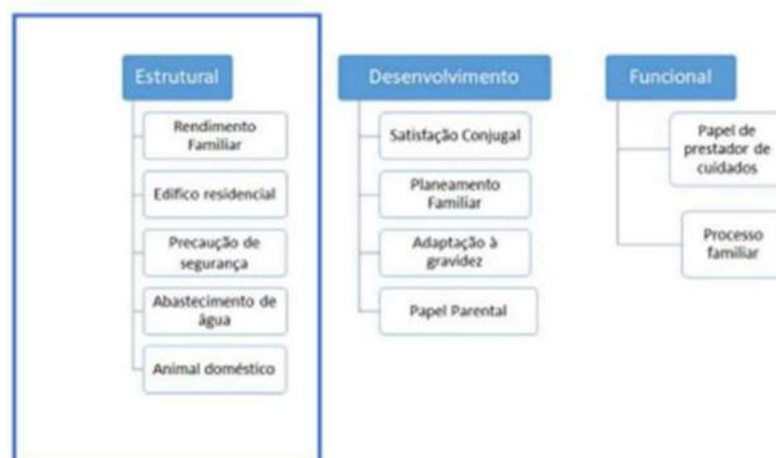


Enfermagem de Saúde Familiar





Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - MDAIF



Figueiredo, 2009

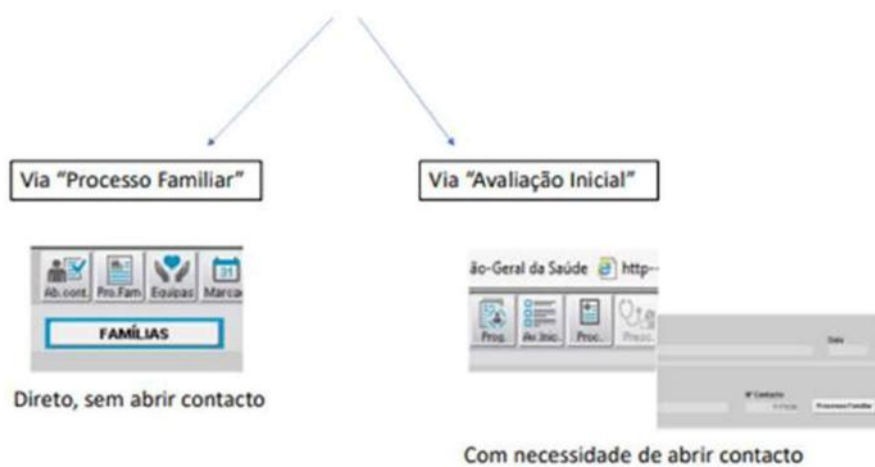
Avaliação Estrutural

Dimensões	Áreas de atenção
Estrutural "incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família alargada e os sistemas amplos e ainda aspectos específicos do contexto ambiental, que podem indicar riscos de saúde"	Rendimento Familiar Edifício residencial Precaução de segurança Abastecimento de água Animal Doméstico

Figueiredo, 2009

Avaliação da Dimensão Estrutural

- Existem **dois** locais do programa "Saúde da Família" para o registo da avaliação estrutural da família



Via "Processo Familiar"

Direto, sem abrir contacto



irão abrir vários separadores, nomeadamente:

1. Habitação,
2. Escala de *Graffar*,
3. Ciclo de *Duval*,
4. Tipo de Família,
5. Risco Familiar *Garcia-Gonzalez* e
6. Risco Familiar *Segovia Dreyer*.

Habitação	Graffar	C. Duval	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Data de registo: Tipo de alojamento: Alojamento móvel Apartamento Barco/alcatrão Desconhecido Habitação Indústria Moradia Outro Quilómetro de casa Sem alojamento Sustentabilidade da zona residencial: Desconhecido Insuficiente Suficiente	Regime de ocupação: Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria Tipologia: Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Estado conservação: Bom Desconhecido Mau Razoável Condição: Bom Desconhecido Mau Razoável Mobiliário e equipamento básico: Desconhecido Insuficiente Suficiente	Casa de banho: Desconhecido Fora do alojamento Incómodo No alojamento Aquecimento: Central Desconhecido Local Nenhum	Higiene: Boa Desconhecida Má Razoável Electricidade: Desconhecido Não Sim Barreiras arquitetónicas: Desconhecido Não Sim	Água: Desconhecido Não Sim Distribuição: Desconhecido Fontanário a - de 100m de casa Fontanário a + de 100m de casa Fora do alojamento Origem: Desconhecida Particular Rede pública

Via "Processo Familiar"

Direto, sem abrir contacto



1) Tipo de Habitação

Habitação	Graffar	C. Duval	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Data de registo: Tipo de alojamento: Alojamento móvel Apartamento Barco/alcatrão Desconhecido Habitação Indústria Moradia Outro Quilómetro de casa Sem alojamento Sustentabilidade da zona residencial: Desconhecido Insuficiente Suficiente	Regime de ocupação: Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria Tipologia: Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Estado geral de conservação: Bom Desconhecido Mau Razoável Condição: Bom Desconhecido Mau Razoável Mobiliário e equipamento básico: Desconhecido Insuficiente Suficiente	Casa de banho: Desconhecido Fora do alojamento Incómodo No alojamento Aquecimento: Central Desconhecido Local Nenhum	Higiene: Boa Desconhecida Má Razoável Electricidade: Desconhecido Não Sim Barreiras arquitetónicas: Desconhecido Não Sim	Água: Desconhecido Não Sim Distribuição: Desconhecido Fontanário a - de 100m de casa Fontanário a + de 100m de casa Fora do alojamento Origem: Desconhecida Particular Rede pública

Via "Processo Familiar"

Direto, sem abrir contacto



2) Escala de Graffar

↓

Habituação	C. Duxit	Tipo de Família	Risco Familiar (García González)	Risco Familiar (Deyanira Deyan)
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes	Ensino superior, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Centro elegente
Gestores de topo de grandes empresas				
Médicos industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários	Engajados e confortáveis	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Operários e operários qualificados	Ensino Secundário	Vencimentos certos	Em comunidade com condições de habitação razoáveis	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários não qualificados e trabalhadores	Ensino médio obrigatório (segundo o nível)	Remunerações fixas	Com condições de habitação degradadas ou sem condições mínimas	Centro operário ou social
Não de outra indagação	Não escolarizado obrigatório (segundo o nível)	Assistência	Imprópria	Centro de lata

Classificação Social Média

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRUPO	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						≤ 13 Renda	≤ 14 Renda	≤ 15 Renda	
1	Grandes industriais e Comerciantes Gestores de topo do sector público ou privado (≥ 500 empregados) Profissionais Universitários (com Doutoramento) Engenheiros (Gestores e Técnicos) Profissionais liberais de topo Altos dirigentes políticos	Licenciatura Mestrado Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso e/ou máximo de conforto	- Zona residencial elegante	6 ▲ 0	4 ▲ 7	3	I CLASSE ALTA DATA: / /
2	Médicos industriais e Comerciantes Dirigentes de médias empresas Agricultores / Proprietários Dirigentes intermédios e técnicos liberais do sector público ou privado Oficiais das Forças Armadas Profissionais liberais Professores em escolas Professores em Secundário Professores Universitários (ou Doutoramento)	Bacharelato ou Curso Superior completo ≥ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	12 ▲ 13	8 ▲ 10	4 ▲ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA: / /
3	Peq. Industriais e Comerciantes Quadros médios, Chefes de Secção Engr. Escritório (grau 1) Médicos agrícolas Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Novo ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, espaçoso e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ▲ 17	11 ▲ 13	7 ▲ 9	III CLASSE MÉDIA DATA: / /
4	Peq. Agricultores/rendeiros Engr. Escritório (grau 2) Operários semi-qualificados Pensionistas, ex-líderes e membros das F.A. ou instituições de nível 2	Ensino médio ≥ 4 anos e < 8 anos	- Remunerações e os subsídios mínimos nacionais - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos fixos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Centro social / operário - Zona antiga	16 ▲ 21	14 ▲ 16	10 ▲ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA: / /
5	Assalariados agrícolas Trabalhadores indiferenciados e profissionais não classificados nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RSIAC	- Impróprio (barroco, andar ou outro) - Construção de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ 25	17 ▲ 20	13 ▲ 15	V CLASSE BAIXA DATA: / /

Fonte: Graffar - "Uma metodologia de classificação social de habitantes de população".
Cunha, Setembro, 1956, Vol. VI - nº 8. Manual Graffar, p. 455-463.
Adaptado em 1999 e actualizado em 2001 pelo Dr. Paulo Afonso.

2)Escala Graffar

NOTAS: Ao perguntar-se a profissão deve procurar-se que o inquirido dê uma **resposta objectiva** de forma a evitar respostas do tipo: "Trabalho na Petroquímica", "Funcionário Público".

A profissão refere-se ao chefe de família, mas no caso de o conjuge exercer também uma profissão prevalece a profissão de escalão mais elevado.

Apesar de não se considerar profissão: Estudante, doméstica, as pessoas que andam à procura do 1.º emprego e as pessoas que vivem a cargo da família, deve registar-se a lápis cada uma destas situações. A classificação da família será feita contudo a partir dos dados relativos aos pais do entrevistado ou quem assuma a sua manutenção.

NOTAS: Apenas se contam as habilitações completas.

Quando curso incompleto desde ao nível anterior.

Deves considerar-se as **habilitações mais elevadas**, entre o chefe de família e o conjuge.

NOTAS: No caso de não ser possível classificar o local de residência deve classificar-se a família utilizando a tabela anexa relativa aos casos em que apenas são considerados 3 ou 4 itens da Escala de Graffar.

NOTAS: a) Deve considerar-se a forma de rendimento predominante.

Ex.: Um Engenheiro que trabalha numa empresa com um ordenado mensal e recebe também de vez em quando, honorários resultantes de actividades por conta própria, deve classificar-se de preferência na categoria 3 e não na categoria 2.

b) As pessoas que no momento da entrevista estão a viver temporariamente de subsídios ou outras prestações devem ser classificadas na categoria que define a sua forma habitual de rendimento.

NOTAS: a) A habitação só pode ser considerada desde que seja local habitual de residência.

b) No caso de pessoas que vivem em casas emprestadas, ou pertencentes à entidade patronal, em hotéis, etc., pode proceder-se de 2 modos:

- Não considerar a habitação na classificação. Neste caso seguir as instruções anexas relativas à classificação em classes sociais no caso de ausência de 1 ou 2 itens.
- Para considerar a habitação na classificação deve procurar saber-se em que tipo de casa vivia anteriormente o entrevistado ou para onde iria viver no caso de deixar a actual habitação.

2)Escala Graffar

Para seleccionar a opção relacionado com o "Tipo de Habitação" deve ter em consideração as seguintes características:

Tipo de Habitação:

- **Grau 1:** 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 + 3 dos seguintes critérios (casa com dumotica; 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 quarto + 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 + boa 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

Via "Processo Familiar"

Direto, sem abrir contacto



3) Ciclo Vital da Família



☐ Habitação
 ☐ Orç.
 ☒ C. Vital
 ☐ Tipo de Família
 ☐ Risco Familiar Garcia-Gonzalez
 ☐ Risco Familiar Segovia-Dreyer

- ☐ I-Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)
- ☐ II-Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar, 3 anos)
- ☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- ☐ IV-Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência, 13 anos)
- ☐ V-Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- ☐ VI-Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa - "launching family")
- ☐ VII-Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- ☐ VIII-Família idosa (da reforma a viragem)

Via "Processo Familiar"

Direto, sem abrir contacto



4) Tipo de Família



☐ Habitação
 ☐ Orç.
 ☐ C. Vital
 ☒ Tipo de Família
 ☐ Risco Familiar Garcia-Gonzalez
 ☐ Risco Familiar Segovia-Dreyer

- ☐ Unitária - só 1 elemento
- ☐ Monoparental - só pai ou mãe e filhos
- ☐ Alargada - Avós, pais e filhos
- ☐ Reconstruída - nova união após reformulação
- ☐ Nuclear - Casal com ou sem filhos
- ☐ Outros

MDAIF:

0 Tipo de Família

Casal ☐
 "[...] homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não serem legalmente casados."

Família nuclear ☐
 "[...] homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adoptados e podendo ser ou não legalmente casados; casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adoptados, podendo ser ou não legalmente casados."

Família reconstruída ☐
 "[...] casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento."

Família monoparental ☐
 "[...] constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças, com a identificação do género da pessoa que representa a figura parental."
 Monoparental liderada pelo homem ☐
 Monoparental liderada pela mulher ☐

Coabitação ☐
 "[...] homens e mulheres solteiros partilhando a mesma habitação."

Família institucional ☐
 "[...] reporta-se a conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos."

Comuna ☐
 "[...] grupos de homens, mulheres e crianças sem delimitação expressa de sub-sistemas associados a grupos domésticos."

Unipessoal ☐
 "[...] uma pessoa numa habitação."

Alargada ☐
 "[...] constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco."

☐ Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto apertado;
☐ Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pais menos satisfeitos dos filhos exigem sujeitos a insucessos escolares;
☐ Famílias que sofriam em excesso os cuidados de saúde;
☐ Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (desemprego, stress ou alcoolismo);
☐ Famílias nas quais um membro ou os pais de origem dos outros e que por isso abrem as relações interacionais (deformando mental ou física e que não é assim, por exemplo, etc.);
☐ Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, exigem sujeitos a um risco mais elevado de padecer de determinada tipo de doença, embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Pontuação:

☐ WorldWide cinema
☐ Imagens
☐ Recuperação frequente
☐ Mús. analíticas
☐ Mús. sintéticas
☐ Clado de família desorganizado
☐ Ausência de música de um dos pais
☐ Clado de família com enigma temporal
☐ Mús. de F# ou de Mi

☐ Alucinações
☐ Drogas
☐ Desorientação
☐ Ausência de um dos pais
☐ Pais analíticos
☐ Apper familiar + I
☐ Filio grande delirante
☐ Clado de família preso
☐ Filio com conflitos afetivos graves

Postagem:

a) Utilizar o separador "Famílias"

The screenshot displays the 'FAMILIES' section of the 'JALIN-SYS' application. The interface includes a top navigation bar with various icons and a sidebar on the left with links to 'JALIN-SYS', 'CONTACTS', 'STATISTICS', 'FAMILIES', and 'COMMUNITIES'. The 'FAMILIES' page features a search bar, a list of family members, and a large empty box for family details. The bottom of the page shows a table with columns for 'NAME', 'PHONE', 'ADDRESS', and 'PROFESSION'.

Via "Avaliação Inicial"

2) Selecionar a opção "Abrir contato"



3) Selecionar os membros da família presentes na consulta

[illegible]

Avaliação Inicial



Nome: N.º Utilizador: N.º Processo: 11054

ITEMS A INCLUIR
 Família

- UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - Situações de urgência
 - Centro de Saúde/SASU
 - Hospital
 - Serviço privado/particular
 - Outros
 - Cuidados solicitados na CS
 - Situação de doença
 - Consulta de vigilância
 - Recrutamento/abastecimento
 - Vacinação
 - Apoio domiciliário
 - Tratamentos
 - Observações
- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE

Registado por: Data: Hora:

POR PROGRAMA
 Serviço: N.º Contacto: Processo Familiar:

Avaliação Inicial



Av. Inicial - Caracterização Socioeconómica



MDAIF:

0 Tipo de Família

Casal

* (...)homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não serem legalmente casados.*

Família nuclear

* (...)homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adoptados e podendo ser ou não legalmente casados: casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adoptados, podendo ser ou não legalmente casados.*

Família reconstruída

* (...) casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento.*

Família monoparental

* (...) constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças, com a identificação do género da pessoa que representa a figura parental.*

Monoparental liderada pelo homem

Monoparental liderada pela mulher

Coabitação

* (...) homens e mulheres solteiros partilhando a mesma habitação.*

Família institucional

* (...)reporta-se a conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos.*

Comuna

* (...) grupos de homens, mulheres e crianças sem delimitação expressa de subsistemas associadas a grupos domésticos.*

Unipessoal

* (...) uma pessoa numa habitação.*

Alargada

* (...) constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco.*

Av. Inicial - Caracterização Socioeconómica

ESTADO	TAREFA
1. Casais sem filhos	Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade.
2. Famílias com recém-nascido (filho mais velho: nascimento-30 meses)	Ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente.
3. Famílias com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho: 2,5-6 anos)	Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento.
4. Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho: 6-13 anos)	Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase.
5. Famílias com filhos adolescentes (filho mais velho: 13-20 anos)	Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais.
6. Famílias com jovens adultos (saída do 1.º filho-saída do último filho)	Permitir a separação e o «lançamento» dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1.º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar.
7. Casal na meia-idade («ninho vazio-reforma»)	Reconstrução da relação de casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas.
8. Envelhecimento (reforma-morte de um ou ambos os cônjuges)	Ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (luto) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento.

ROTHBERG, M. (1984). *Family Therapy Concepts and Methods*. N. Y., Gardner Press, p. 149 (Title & page).

Av. Inicial - Caracterização Socioeconómica

Formulário de Anamnese

Caracterização sócio-econômica

Idade:

Sexo:

Tipo de família:

- Núcleo familiar (Dinâmico)
- Córea familiar (Dinâmico)
- Reformado
- Outro

Família

- Estruturação dos papéis de gênero
- Caracterização socio-econômica
 - Tipo de família
 - Censo vital/família (Atual)
 - Moradia
 - Renda mensal
 - **Estrutura da família**
- Aspectos psicológicos
- Aspectos relacionais de saúde
- Atitudes de estilo de vida
- Avaliação de cuidados
- Avaliação social

Observações

Assinatura: _____ Data: _____

Av. Inicial - Edifício Residencial



Av. Inicial - Edifício Residencial



Av. Inicial - Edifício Residencial

The screenshots show the 'Edifício Residencial' form in a software application. The left pane contains a tree view with categories: 'UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE', 'CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA', and 'EDIFÍCIO RESIDENCIAL'. The right pane shows the data entry fields.

- Top Left:** The 'Edifício Residencial' category is selected. The 'Tipo' field is highlighted in blue. The 'Registrado por' field is empty.
- Top Right:** The 'Edifício Residencial' category is selected. The 'Tipo' field is highlighted in blue. The 'Registrado por' field is empty.
- Bottom Left:** The 'Edifício Residencial' category is selected. The 'Tipo' field is highlighted in blue. The 'Registrado por' field is empty. The 'Data' field is set to '20-05-2011'.
- Bottom Right:** The 'Edifício Residencial' category is selected. The 'Tipo' field is highlighted in blue. The 'Registrado por' field is empty. The 'Data' field is set to '20-05-2011'. The 'PÓS-PROCESSAMENTO' section is visible at the bottom.

Av. Inicial - Abastecimento de Água

The screenshots show the 'Abastecimento de Água' form in a software application. The left pane contains a tree view with categories: 'UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE', 'CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA', and 'EDIFÍCIO RESIDENCIAL'. The right pane shows the data entry fields.

- Left Screenshot:** The 'Abastecimento de Água' category is selected. The 'Tipo' field is highlighted in blue. The 'Registrado por' field is empty.
- Right Screenshot:** The 'Abastecimento de Água' category is selected. The 'Tipo' field is highlighted in blue. The 'Registrado por' field is empty.

Outros Separadores

SEPARADOR DE SINAIS

- Acesso a moradia (7+10 A)
- Causas e consequências
- Observações
- Dependentes: Auto Cuidado
- Educação: Auto Cuidado
- Dependentes: Cuidado Doméstico
- Especial: Cuidado Doméstico
- Habitação e habitação
- Observações gerais

ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA

- Uso de tabaco
- Uso de álcool
- Uso de drogas
- Observações gerais

PRESTADOR DE CUIDADOS

- Papéis (especificar)
- Nome/Instituição
- Parentesco
- Escolaridade
- Profissão
- Contacto (telefone)
- Observações gerais

MDAIF – Processo de Enfermagem na Dimensão Estrutural

Foco avaliado	Intervenções de Diagnóstico	Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
RENDIMENTO	Avaliar gestão do rendimento	Insuficiente / Não suficiente	- Verificar conhecimentos; - Requerer serviço social; - Reflexão e intervenção insuficientes ao serviço social; - Procurar gestão do rendimento familiar; - Orientar a família para o serviço social
HABITAÇÃO	Avaliar habitação	Edifício residencial não seguro	- Orientar a família para o serviço social - Planear com a família adequação da habitação - Negociar com a família medidas de segurança na habitação - Requerer serviço social - Reflexão para o serviço social
	Avaliar conhecimento sobre habitação	Potencial para melhorar o conhecimento sobre habitação	- Planear cuidado doméstico - Requerer serviço social - Incentivar cuidado doméstico - Indicar sobre governo da casa - Ensinar sobre cuidado doméstico - Ensinar sobre medidas de segurança - Ensinar a família sobre medidas de segurança - Ensinar sobre riscos
PRECAUÇÃO DE SEGURANÇA	Avaliar precaução de segurança	Precaução de segurança comprometida	- Gerir medidas de segurança - Incentivar medidas de segurança - Executar medidas de segurança - Negociar com a família medidas de segurança na habitação
	Avaliar conhecimento sobre medidas de segurança	Potencial para melhorar o conhecimento sobre medidas de segurança	- Ensinar sobre medidas de segurança com dispositivos - Ensinar a família sobre medidas de segurança
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	Avaliar abastecimento de água	Abastecimento de água não adequado	- Ensinar a família sobre controle da qualidade da água - Orientar para serviço de tratamento de água - Requerer serviço social
ANIMAL DOMÉSTICO	Avaliar conhecimento sobre animal doméstico	Animal doméstico negligenciado	- Ensinar a família a tratar parasitas do animal doméstico - Ensinar a família sobre vacinação do animal doméstico - Incentivar a família a tratar de prevenção de animal doméstico

MDAIF – Rendimento Familiar

Foco	Rendimento Familiar	
Julzo	Insuficiente ☐ Não Insuficiente ☐	
Crítérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 e Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares. Não Demonstrado	
Dimensões	Julzo	
Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares ☐	Demonstrado ☐ Não Demonstrado ☐	
Rendimento Familiar Insuficiente	Intervenções Sugeridas	
	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social) ☐ Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social) ☐ Promover a gestão do rendimento familiar ☐	
Avaliação de Resultados das intervenções	Rendimento Familiar	
Data:	Insuficiente ☐ Não Insuficiente ☐	

Dimensão Estrutural – Rendimento Familiar Avaliação Diagnóstica

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar gestão do rendimento**



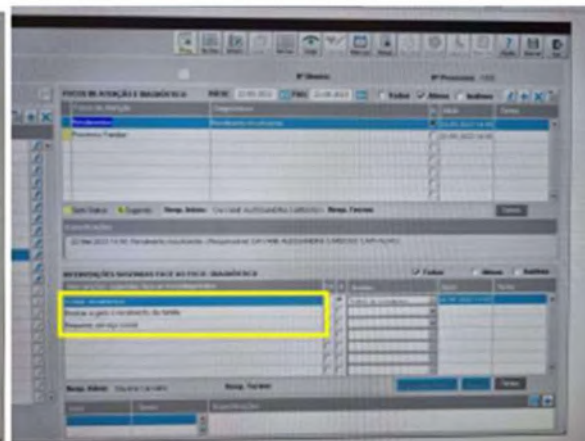
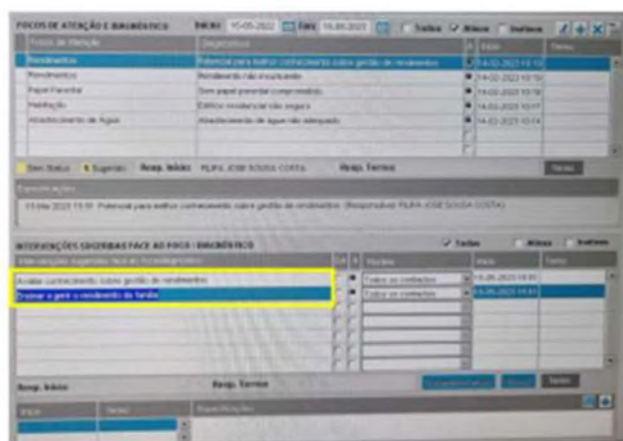
Avaliar se a classificação da Escala de Graffar for GRAU 4 ou 5 e/ou conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares for NÃO DEMONSTRADO.

Dimensão Estrutural – Rendimento Familiar Avaliação Diagnóstica

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar conhecimento sobre gestão do rendimento



Dimensão Estrutural - Foco Rendimento Familiar Diagnóstico e Intervenções



MDAIF – Edifício Residencial

Foco	Edifício Residencial	
Juízo	Seguro ☐ Não seguro ☐ Negligenciado ☐ Não negligenciado ☐	
Crítérios diagnósticos	Edifício residencial Não Seguro: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro Não demonstrado Edifício residencial negligenciado: - 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	
Dimensões	Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro ☐ Conhecimento sobre governo da casa ☐ Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional ☐	Juízo Demonstrado ☐ Não Demonstrado ☐
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
Edifício residencial Não Seguro ☐	Requerer serviço social (técnica de serviço social) ☐ Requerer serviços médicos ☐ (Autoridade de saúde concelha) Orientar a família para serviços sociais ☐ (técnica de serviço social, autarquia, etc.)	
Edifício residencial Negligenciado ☐	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 ☐	
Avaliação de Resultados das intervenções	Edifício Residencial	
Data:	Seguro ☐ Não seguro ☐ Negligenciado ☐ Não negligenciado ☐	

Dimensão Estrutural – Edifício Residencial Avaliação Diagnóstica

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar habitação

É realizada esta avaliação se a classificação da Escala de Graffar for GRAU 4 ou 5 e/ou se a Higiene Habitacional se situar em Má ou Razoável

Dimensão Estrutural – Edifício Residencial Avaliação Diagnóstica

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar habitação

Tipo de Habitação:

- **Grau 1:** 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 + 3 dos seguintes critérios (casa com dumôtica; 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 quarto + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/eletricidade + boa ventilação + luz natural
- **Grau 4:** condições exiguas (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 + boa ventilação + luz natural
- **Grau 5:** barraca mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exiguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/eletricidade + sem ventilação + sem luz natural

Dimensão Estrutural – Edifício Residencial Avaliação Diagnóstica

Dimensão Estrutural - Foco Edifício Residencial Diagnóstico e Intervenções

The screenshot shows a software interface with a menu bar at the top. The main window is divided into two sections. The top section, titled 'Focos de Atenção e Diagnóstico', contains a table with columns for 'Foco', 'Descrição', 'Data', 'Status', and 'Responsável'. The bottom section, titled 'Intervenções Superadas Foco ao Foco Diagnóstico', contains a table with columns for 'Intervenção', 'Superada', 'Data', 'Status', and 'Responsável'. Both tables have a 'Todos' button and a 'Filtros' button. The interface also includes a 'Sua Status' section with a 'Sua Status' button and a 'Responsável' section with a 'Responsável' button.

MDAIF – Abastecimento de Água

Foco	Abastecimento de Água	
Julzo	Adequado ☐ Não Adequado ☐	
Crterios diagnsticos	Abastecimento de Água Não Adequado Se: - Utilização da água de rede privada para consumo humano e a família <u>NÃO</u> efetua o controle de qualidade e/ou - Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade e/ou - Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	
Dimensões	Julzo	
Conhecimento sobre controle da qualidade da água ☐	Demonstrado ☐ Não Demonstrado ☐	
Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água ☐		
Diagnóstico	Intervenções Superadas	
Abastecimento de Água Não Adequado ☐	Ensinar sobre a importância do controle da qualidade da água ☐ Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água ☐ Orientar para serviços de controle da qualidade da água ☐	
Avaliação de Resultados das intervenções	Abastecimento de Água	
Data:	Adequado ☐ Não Adequado ☐	

Dimensão Estrutural – Abastecimento de Água Avaliação Diagnóstica

- É realizada esta avaliação se existir consumo de água de rede privada para consumo humano e não existir controle da qualidade de água.

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar abastecimento de água**

The screenshot shows a software interface for water supply assessment. On the left, a tree structure under the heading 'GRUPO' lists items related to water quality control. The 'Controle de qualidade de água' item is selected. On the right, a table titled 'ITEMS DA ESCALA' has two columns: 'Item' and 'Valor'. Below this table, there is a section for 'GRUPO DE SCORE' with a 'Score' column. The interface is designed for data entry and calculation of scores for different water supply parameters.

Dimensão Estrutural - Foco Abastecimento de Água Avaliação Diagnóstica

This screenshot shows a similar software interface to the one above, but with a focus on the 'Foco Abastecimento de Água' section. The left panel's tree structure under 'GRUPO' lists items related to water quality control, with 'Controle de qualidade de água' selected. The right panel features a table titled 'ITEMS DA ESCALA' with 'Item' and 'Valor' columns. Below the table, the 'GRUPO DE SCORE' section includes a 'Score' column. The interface is used for entering data and calculating scores for water supply parameters.

Dimensão Estrutural - Foco Abastecimento de Água Diagnóstico e Intervenções

Nota:

se seleccionar que não existe controlo da qualidade da água identifica o foco "Abastecimento de água não adequada".

Se a família usar para consumo próprio surge intervenções direccionadas. Caso contrário, poderá escrever em notas especificações do consumo de água da rede privada.

MDAIF – Animal Doméstico

Foco	Animal doméstico
Julzo	Negligenciado ☐ Não Negligenciado ☐
Crítérios diagnósticos	Animal doméstico negligenciado se: 1. Se Animal não vacinado e/ou Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou ☐ Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade ☐ 2. Se Animal não desparasitado e/ou Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou ☐ Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade ☐
Dimensões	Julzo
Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico ☐ Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade ☐ Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico ☐	Demonstrado ☐ Não Demonstrado ☐
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Animal Doméstico Negligenciado ☐	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 ☐
Avaliação de Resultados das intervenções	Animal doméstico
Data	Negligenciado ☐ Não Negligenciado ☐

Dimensão Estrutural - Foco Animal Doméstico Avaliação Diagnóstica

- É realizada esta avaliação sempre que existir animal doméstico no sistema familiar.

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar conhecimento sobre animal doméstico**

Dimensão Estrutural - Foco Animal Doméstico Diagnóstico e Intervenções

Foco de Atenção	Diagnóstico	Data	Hora
Animal Doméstico	Potencial para melhorar o conhecimento sobre animal doméstico	15-05-2023	15:52
Pendências	Potencial para melhorar conhecimento sobre gestão de resíduos	14-02-2023	10:19
Pendências	Pendências não suficientes	14-02-2023	10:19
Papel Parental	Com papel parental comprometido	14-02-2023	10:18
Habituação	Habituação não segura	14-02-2023	10:17
Adequação de Água	Adequação de água adequada	14-02-2023	10:14

Intervenção sugerida para o Foco / Diagnóstico	Data	Hora
Avaliar conhecimento sobre animal doméstico	15-05-2023	15:52
Encorajar a usar os serviços da comunidade		
Encorajar a família a obter parâmetros do animal doméstico		
Encorajar a família sobre vacinação do animal doméstico		
Encorajar sobre serviços de saúde		
Encorajar a família a obter os parâmetros do animal doméstico		

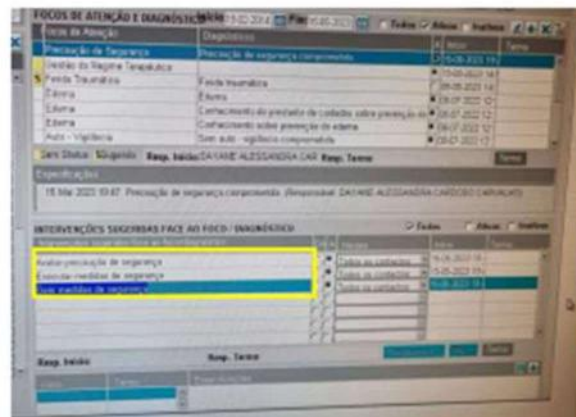
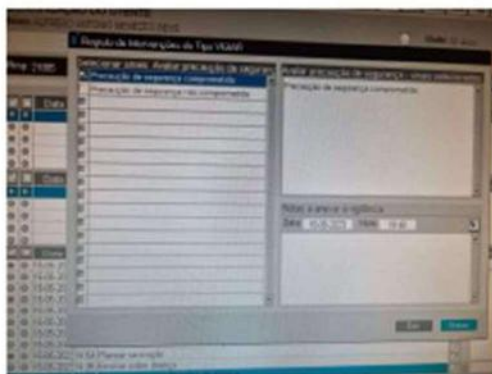
MDAIF – Precaução de Segurança

Foco Julzo	Precaução de Segurança Demonstrado ☐ Não Demonstrado ☐
Crítérios diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada se: • Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou • Utilização de gás doméstico Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento e/ou • Equipamento elétrico Sim e Conhecimento não demonstrado sobre manutenção de equipamento elétrico e/ou • Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Dimensões	Julzo
Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento ☐	Demonstrado ☐ Não Demonstrado ☐
Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento ☐	
Conhecimento não demonstrado sobre manutenção de equipamento elétrico ☐	
Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas ☐	
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Precaução de Segurança Não Demonstrada ☐	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento ☐ Ensinar sobre utilização de equipamento de gás ☐ Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico ☐ Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento ☐ Negociar sobre utilização de equipamento de gás ☐ Negociar sobre utilização de equipamento elétrico ☐ Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas ☐ Orientar para serviços da comunidade ☐
Avaliação de Resultados das intervenções	Precaução de Segurança
Data:	Demonstrado ☐ Não Demonstrado ☐

Dimensão Estrutural – Precaução de Segurança
Avaliação Diagnóstica

[illegible]

Dimensão Estrutural – Precaução de Segurança Diagnóstico e Intervenções



I

Visibilidade dos dados



Visibilidade dos dados

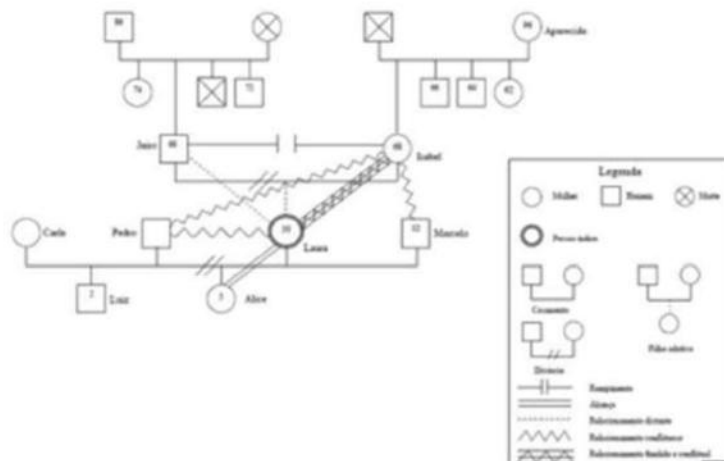
Processos					
 Problemas					
 Problemas Pessoais					
 Problemas Familiares					
 Problemas Mentais/Depressões					
 IDAP					
 Diversões					
 Exatidão Ativos					
 Exatidão Não Ativos					

Força Atômica/Diagnósticos Informacionais					
Atividade	Força Atômica	Estado	Atividade	Estado	Data Atividade
Atividade à criação	2009-10-12 09:04	Demonstrado		Demonstrado	2009-10-12 09:04
Repetição: Atividade à criação demonstrado					
Atividade à criação	2009-10-12 09:08	Presença / Ausente		Presença	2009-09-28 12:05
Repetição: Atividade à criação					
Aula: Vigência	2009-10-12 09:04	Conhecimento sobre auto-vigência de nome		Demonstrado	2009-10-12 09:04
Repetição: conhecimento sobre auto-vigência de nome no auto - vigência demonstrado					
Aula Contato Infecção	2009-10-12 09:04	Conhecimento sobre susceptibilidade à infecção		Demonstrado	2009-10-12 09:04
Repetição: conhecimento sobre susceptibilidade à infecção no auto contato - infecção demonstrado					
AUTO GUDAGUD	2009-10-08 09:14	Dependência		Não Dependência	2009-09-28 12:05
Repetição: Independência no auto contato					
Comportamento de Atividade	2009-10-12 07:00	Demonstrado		Demonstrado	2009-10-12 07:00
Repetição: comportamento de atividade demonstrado					
Comportamento de Presença de Estado	2009-10-12 09:04	Conhecimento sobre comportamento de presença de estado		Demonstrado	2009-10-12 09:04
Repetição: conhecimento sobre comportamento de presença de estado no comportamento de presença de estado demonstrado					
Processo Típico	2009-09-04 14:04	Comprometido		Não Comprometido	2009-09-04 14:04
Repetição: sem processo típico comprometido					
Estabilidade Cognitiva	2009-09-04 14:12	Comprometido		Não Comprometido	2009-09-04 14:12
Repetição: sem estabilidade cognitiva comprometida					
Seu de Tabela	2009-10-12 09:04	Presença / Ausente		Ausente	2009-09-28 12:05
Repetição: Sem atividade de tabela					

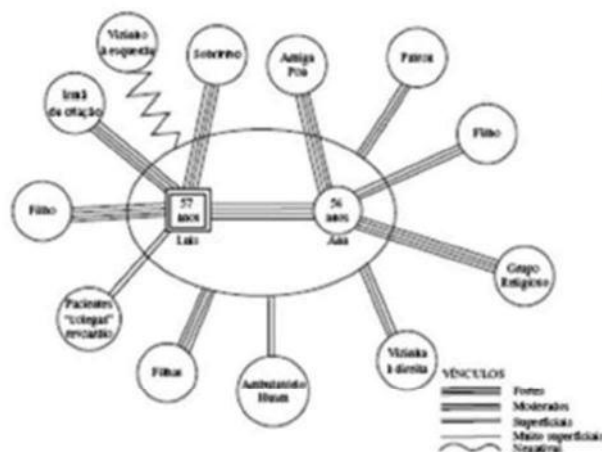
Informações Adicionais		
Informações	Data Atividade	Exatidão
Avaliar risco de dano tipo 2	2009-10-08 14:09	
Avaliar apoio familiar	2009-10-08 14:09	
Revisar uso de tabelas	2009-10-12 09:04	
Avaliar uso de tabelas	2009-10-12 09:04	
Tipos resposta reações à causa	2009-10-12 09:04	
Avaliar auto contato	2009-10-08 14:09	
Avaliar atividade à criação	2009-10-08 14:09	
Administrar vacina	2009-10-08 14:09	
Revisar vacinação	2009-10-08 14:09	
Revisar procedimentos de auto	2009-10-08 14:09	
Revisar tabela atômica	2009-10-08 14:09	
Revisar peso corporal	2009-10-07 14:09	
Revisar parâmetros abstratos	2009-10-07 14:09	
Revisar atividade à criação	2009-10-07 14:09	
Revisar índice de massa corporal	2009-10-07 14:09	
Revisar altura	2009-10-07 14:09	
Revisar sobre presença de infecção	2009-10-07 14:09	

➤Composição Familiar (Inclui ordem de nascimentos e sub-sistemas)

Genograma



Ecomapa



UFamília extensa

"[...] relações estabelecidas entre os membros da família e os elementos da família de origem e outros parentes, não englobados no sistema familiar. Possibilita a identificação dos mesmos como recursos e ainda a percepção de cada membro da família face à sua família extensa."

- Tipo de contacto
- Intensidade de contacto
- Função das relações

Companhia social	☐
Apoio emocional	☐
Guia cognitivo e conselhos	☐
Regulação social	☐
Ajuda material e de serviço	☐
Acesso a novos contactos	☐

USistemas mais Amplos

"Inclui as interações sociais entre contextos em que a família participa, sejam instituições sociais ou pessoas significativas não pertencentes à família alargada. Possibilita ampliar a visão do sistema familiar aos contextos com que interage e simultaneamente validar a sua função como recurso, a partir da exploração desses mesmos vínculos."

Bibliografia

- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/20569>
- Figueiredo, M. (2011). *Manual de apoio à aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. ISBN: 978-989-20-2670-1.
- Figueiredo, M. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*, Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83

**MANUAL ORIENTADOR PARA DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS NO
PROGRAMA DE SAÚDE “SAÚDE DA FAMÍLIA” DO SCLINICO®**



Índice

Introdução	1
1. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	2
2. Como Aceder ao Processo da Família	2
3. Avaliação da Dimensão Estrutural	3
3.1. Processo Familiar	3
3.2. Avaliação Inicial	6
4. Focos Sugeridos na Dimensão Estrutural	20
4.1. Rendimento Familiar	20
4.2. Edifício Residencial	21
4.3. Abastecimento de Água	22
4.4. Animal Doméstico	23
5. Focos Sugeridos na Dimensão Desenvolvimental	25
5.1. Satisfação Conjugal	25
5.2. Planeamento Familiar	27
5.3. Adaptação à Gravidez	28
5.4. Papel Parental	28
6. Focos Sugeridos da Dimensão Funcional	29
6.1. Papel Prestador de Cuidados	29
6.2. Processo Familiar	37
7. Extrair a Lista de Famílias por Morada	45
8. Sistema de Apoio ao Médico (SAM) com Dados de Avaliação Familiar e Focos Ativados	47
	50

Introdução

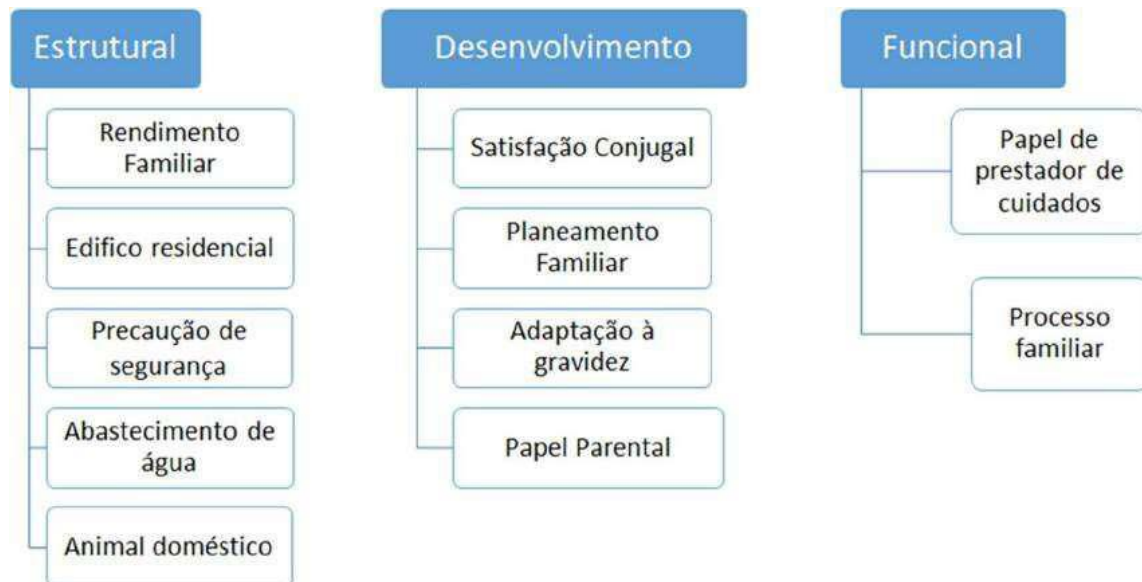
No âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias, o enfermeiro pode fazê-lo no módulo do SClínico[®] (03/2023 - versão 3.5.23.3).

Na versão em uso nas diferentes unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro de família pode registar no processo clínico da família. Para isso tem de ativar o programa de “Saúde da Família”. É-lhe permitido documentar na avaliação inicial, identificar diagnósticos, planear ou prescrever intervenções, documentar a implementação das intervenções assim como a avaliação do resultado das mesmas.

Este manual foi elaborado pela estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária em Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Dayane Carvalho, e tem como objetivo orientar sobre as etapas necessárias para a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa de saúde “Saúde da Família” no SClínico[®].

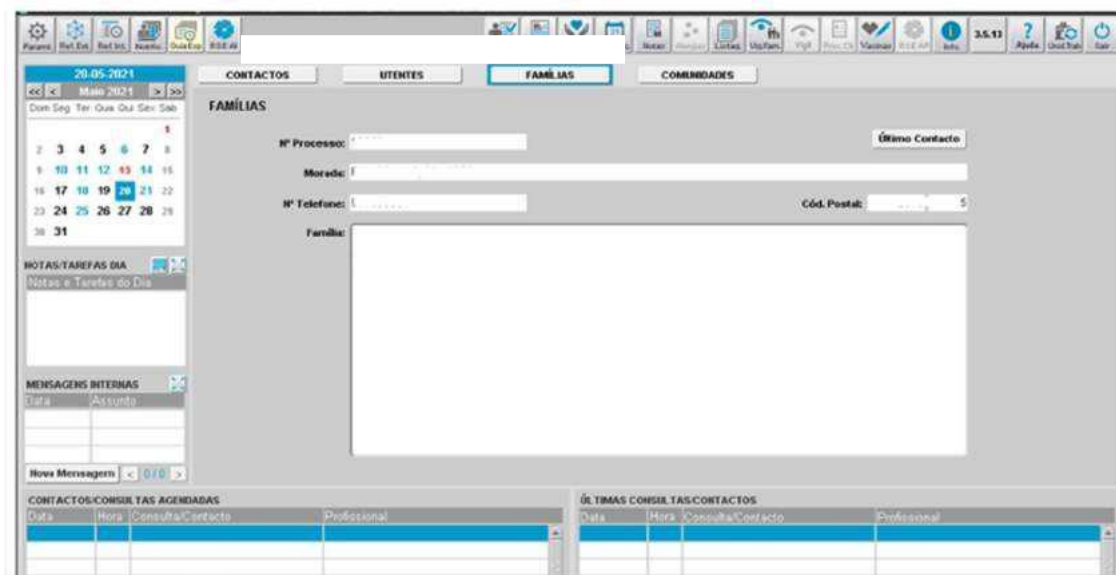
1. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

A avaliação e intervenção familiar no sistema informação do SClínico® tem como base o seguinte diagrama das áreas de atenção familiares que estão divididas por dimensões de avaliação.



2. Como Aceder ao Processo da Família

1) Utilizar o separador “Famílias”



2) Selecionar a opção “Abrir contato”



3) Selecionar os membros da família presentes na consulta

O formulário 'Horário do Contacto' é dividido em várias seções. No topo, há campos para 'Família:' e 'Contacto Nº: 0'. Abaixo, os campos 'Data' (20-05-2021) e 'Hora' (21:23) são exibidos, seguidos por uma opção 'Contacto não presencial'. A seção 'Local de Contacto' contém campos para 'Unidade De Saúde' e 'Sala'. A seção 'Equipa' possui um campo de seleção. À direita, a seção 'Tipo de Contacto' oferece opções de 'Acto de enfermagem' e 'Consulta de Enfermagem'. Abaixo, as seções 'Programas de Saúde activos' e 'Projectos activos' possuem listas de seleção. À direita dessas, a seção 'Elementos presentes no contacto' apresenta uma tabela com uma coluna 'Presença' para marcar a presença de cada elemento. No rodapé, há campos para 'Vacinação COVID-19' e 'Laboratório', além dos botões 'Cancelar' e 'OK'.

3. Avaliação da Dimensão Estrutural

Existem dois locais do programa “Saúde da Família” para a documentação na avaliação familiar, nomeadamente no “Processo Familiar” e na “Avaliação Inicial”.

3.1. Processo Familiar

O “Processo Familiar” pode ser aberto a partir do ícone “Processo Familiar” sem abrir o contacto ou na janela da “Avaliação Inicial” no canto inferior direito, após abrir contacto.



De seguida irão abrir vários separadores, nomeadamente a Habitação, Escala de *Graffar*, Ciclo de *Duval*, Tipo de Família, Risco Familiar *Garcia-Gonzalez* e Risco Familiar *Segovia Dreyer*.

Habitação	Graffar	C. Duval	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Data de registo + - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Tipo de alojamento Alojamento móvel Apartamento Barraca/asebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição Moradia Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento	Regime de ocupação Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria Topologia Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Estado conservação Bom Desconhecido Mau Razoável Conforto Bom Desconhecido Mau Razoável Mobiliário e equipamento básico Desconhecida Insuficiente Suficiente	Caso de banho Desconhecida Fora do alojamento Inexistente No alojamento Aquecimento Central Desconhecido Local Nenhum	Higiene Boa Desconhecida Má Razoável Electricidade Desconhecido Não Sim Água Desconhecido Não Sim Distribuição Desconhecido Fontanário a - de 100m de casa Fontanário a + de 100m de casa Fora do alojamento No alojamento Origem Desconhecida Particular Rede pública Barreiras arquitectónicas Desconhecido Não Sim No interior No exterior

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

Para seleccionar a opção relacionado com o “Tipo de Habitação” deve ter em consideração as seguintes características:

Tipo de Habitação:

- **Grau 1:** 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 + 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 quarto + 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 + boa 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

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer

☐ I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
☐ II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
☐ IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
☐ V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
☐ VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saiem de casa - "launching family")
☐ VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
☐ VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer

☐ Unitária - Só 1 elemento
☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
☐ Alargada - Avós, pais e filhos
☐ Reconstruída - Nova união após reformulação
☐ Nuclear - Casal com ou sem filhos
☐ Outras

Habitação Grafar C. Duval Tipo de Família **Risco Familiar Garcia-Gonzalez** **Risco Familiar Segovia Dreyer**

☐ Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
☐ Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insucesso escolar.
☐ Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.
☐ Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
☐ Famílias nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que por isso altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).
☐ Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Pontuação

Habitação Grafar C. Duval Tipo de Família **Risco Familiar Garcia-Gonzalez** **Risco Familiar Segovia Dreyer**

☐ Morbilidade crónica
☐ Invalidez
☐ Hospitalizações frequentes
☐ Mãe analfabeta
☐ Mãe solteira
☐ Chefe de família desempregado
☐ Ausência temporária de um dos pais
☐ Chefe de família com emprego temporário
☐ Morte de Pai ou de Mãe
☐ Alcoolismo
☐ Droga
☐ Desnutrição
☐ Ausência de um dos pais
☐ Pais analfabetos
☐ Apgar familiar < 4
☐ Filho grande deficiente
☐ Chefe de família preso
☐ Filho com carências afectivas graves

Pontuação

3.2. Avaliação Inicial



Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nº N.º Utilizador: N.º Processo: 34

ITEMS A AVALIAR

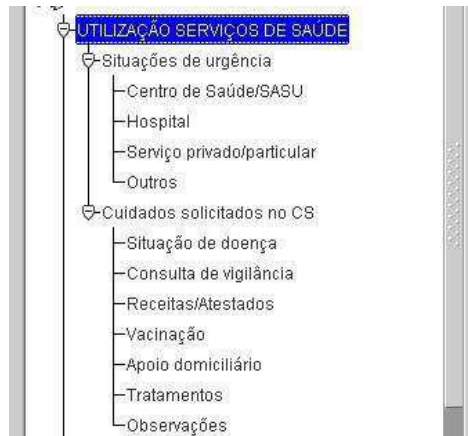
- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - Situações de urgência
 - Centro de Saúde/SASU
 - Hospital
 - Serviço privado/particular
 - Outros
 - Cuidados solicitados no CS
 - Situação de doença
 - Consulta de vigilância
 - Receitas/Atestados
 - Vacinação
 - Apoio domiciliário
 - Tratamentos
 - Observações
 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - EDIFÍCIO RESIDENCIAL
 - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE

Registado por Data Hora

POR PROGRAMA

Serviço N.º Contacto 039 **Processo Familiar**

Utilização de serviços de saúde



Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome : N° Utente :

ITEMS A AVALIAR

☒ Família

☒ UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE

☒ Situações de urgência

☒ Cuidados solicitados no CS

☒ Situação de doença

☐ Consulta de vigilância

☐ Receitas/Atestados

☐ Vacinação

☐ Apoio domiciliário

☐ Tratamentos

☐ Observações

☐ Cuidados solicitados no CS

☐ Situação de doença

☐ Consulta de vigilância

☐ Receitas/Atestados

☐ Vacinação

☐ Apoio domiciliário

☐ Tratamentos

☐ Observações

Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome : N° Utente :

ITEMS A AVALIAR

☒ Família

☒ UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE

☒ Situações de urgência

☒ Cuidados solicitados no CS

☒ Situação de doença

☒ Consulta de vigilância

☐ Receitas/Atestados

☐ Vacinação

☐ Apoio domiciliário

☐ Tratamentos

☐ Observações

☐ Cuidados solicitados no CS

☐ Situação de doença

☐ Consulta de vigilância

☐ Receitas/Atestados

☐ Vacinação

☐ Apoio domiciliário

☐ Tratamentos

☐ Observações

Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome : R [REDACTED] Nº Utente

ITEMS A AVALIAR

- ☞ Família
 - ☞ UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - ☞ Situações de urgência
 - ☞ Cuidados solicitados no CS
 - Situação de doença
 - Consulta de vigilância
 - Receitas/Atestados
 - Vacinação
 - Apoio domiciliário**

Seleção de serviços de saúde

- ambos
- assistência social
- cuidados de enfermagem
- cuidados médicos

Caracterização sócio-económica

- ☞ **CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA**
 - Tipo de família
 - Ciclo Vida Familiar (Duvall)
 - Rendimentos
 - Apoio social
 - Observações

Nome

Nº Utente:

ITEMS A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - Situações de urgência
 - Cuidados solicitados no CS
 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - Tipo de família
 - Ciclo Vida Familiar (Duvall)
 - Rendimentos
 - Apoio social
 - Observações
 - EDIFÍCIO RESIDENCIAL
 - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
 - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
 - PRESTADOR DE CUIDADOS
 - OUTRAS SITUAÇÕES

Família Alargada

Família Monoparental

Família Nuclear

Família Reconstituída

Família Unitária

Outras

Registado por

POR PROGRAMA

Serviço

Nº C

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome

ITEMS A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - Tipo de família
 - Ciclo Vida Familiar (Duvall)
 - Rendimentos
 - Apoio social

Família: filhos adolescentes

Família: filhos idade escolar

Formação da família

Família idosa

Família de meia idade

Família: filhos idade pré-escol

Nascimento dos filhos

Outras situações

ITEMS A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - Tipo de família
 - Ciclo Vida Familiar (Duvall)
 - Rendimentos
 - Apoio social

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

Não

Sim

ITEMS A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - Tipo de família
 - Ciclo Vida Familiar (Duvall)
 - Rendimentos
 - Apoio social

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

Não

Sim

ITEMS A AVALIAR	CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - Tipo de família - Ciclo Vida Familiar (Duvall) - Rendimentos - Apoio social Observações - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - PRESTADOR DE CUIDADOS - OUTRAS SITUAÇÕES	Observações Registado por Data Hora 20-05-2021 16:00 POR PROGRAMA USF D. Sancho I 1171039 Processo Familiar

Edifício residencial

EDIFÍCIO RESIDENCIAL
Tipo
Número de divisões
Número de quartos
Casa de banho
Localização casa de banho
Observações
Abastecimento de água
Saneamento básico
Electricidade
Conservação da habitação
Higiene da habitação
Observações gerais

ITEMS A AVALIAR	EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL Tipo - Número de divisões - Número de quartos - Casa de banho	anexo de casa apartamento barraca habitação social Habitação social: apartamento Habitação social: casa outro parte de casa

ITEMS A AVALIAR

Família

UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Tipo

Número de divisões

Número de quartos

Casa de banho

Localização casa de banho

Observações

Abastecimento de água

Saneamento básico

Electricidade

Conservação da habitação

Higiene da habitação

Observações gerais

ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE

ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Número de divisões

Registado por

Data

20-05-2021

Hora

16:04

POR PROGRAMA

Serviço

Nº Contacto

Processo Familiar

ITEMS A AVALIAR

Família

UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Tipo

Número de divisões

Número de quartos

Casa de banho

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Número de quartos

ITEMS A AVALIAR

Família

UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Tipo

Número de divisões

Número de quartos

Casa de banho

Por tipo de programa

completa

incompleta

não tem

ITEMS A AVALIAR

Família

UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Tipo

Número de divisões

Número de quartos

Casa de banho

Localização casa de banho

Observações

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

dentro de casa

fora de casa

ITEMS A AVALIAR

Família

UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Tipo

Número de divisões

Número de quartos

Casa de banho

Localização casa de banho

Observações

Abastecimento de água

Saneamento básico

Electricidade

Conservação da habitação

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Observações

Registado por

Data

Hora

ITEMS A AVALIAR

Família

UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Tipo

Número de divisões

Número de quartos

Casa de banho

Localização casa de banho

Observações

Abastecimento de água

Saneamento básico

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

não tem

rede privada: furo

rede privada: poço

rede pública

ITEMS A AVALIAR

Família

UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Tipo

Número de divisões

Número de quartos

Casa de banho

Localização casa de banho

Observações

Abastecimento de água

Saneamento básico

Electricidade

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

não tem

rede pública

rede privada

Registado por

ITEMS A AVALIAR	EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - Tipo - Número de divisões - Número de quartos - Casa de banho - Localização casa de banho - Observações - Abastecimento de água - Saneamento básico Electricidade - Conservação da habitação	não sim Registado por

ITEMS A AVALIAR	EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - Tipo - Número de divisões - Número de quartos - Casa de banho - Localização casa de banho - Observações - Abastecimento de água - Saneamento básico - Electricidade Conservação da habitação - Higiene da habitação	adequada inadequada Não Observado Registado por

ITEMS A AVALIAR	EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - Tipo - Número de divisões - Número de quartos - Casa de banho - Localização casa de banho - Observações - Abastecimento de água - Saneamento básico - Electricidade - Conservação da habitação Higiene da habitação - Observações gerais	adequada inadequada Não Observado Registado por Data 20-05 POR PROGRAMA

ITEMS A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - EDIFÍCIO RESIDENCIAL
 - Tipo
 - Número de divisões
 - Número de quartos
 - Casa de banho
 - Localização casa de banho
 - Observações
 - Abastecimento de água
 - Saneamento básico
 - Electricidade
 - Conservação da habitação
 - Higiene da habitação
 - Observações gerais
 - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
 - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

Observações gerais

Registado por

Data

Hora

20-05-2021

17:14

POR PROGRAMA

Serviço

Nº Contacto

Processo Familiar

Aspetos relevantes de saúde

ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE

- Adesão a imunização (T)>18 A
- Doenças crónicas/incapacidades
- Observações
- Dependentes: Auto Cuidado
- Especificação: Auto Cuidado
- Dependentes: Cuidado Doméstico
- Específico: Cuidado Doméstico
- Adaptação da habitação
- Observações gerais

ITEMS A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - EDIFÍCIO RESIDENCIAL
 - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
 - Adesão a imunização (T)>18 A
 - Doenças crónicas/incapacidades
 - Observações
 - Dependentes: Auto Cuidado
 - Especificação: Auto Cuidado
 - Dependentes: Cuidado Doméstico
 - Específico: Cuidado Doméstico
 - Adaptação da habitação

ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE

Não

Não sabe

Sim (confirmado)

Sim (não confirmado)

Registado por

ITEMS A AVALIAR	ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - Adesão a imunização (T)>18 A Doenças crónicas/incapacidades - Observações	Doenças crónicas/incapacidades ☐ Doenças crónicas/incapacidades

ITEMS A AVALIAR	ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - Adesão a imunização (T)>18 A - Doenças crónicas/incapacidades Observações - Dependentes: Auto Cuidado - Especificação: Auto Cuidado - Dependentes: Cuidado Doméstico - Especif.: Cuidado Doméstico - Adaptação da habitação - Observações gerais - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA	Observações Registrado por: Data: 20-05-2021 Hora: 17:16

ITEMS A AVALIAR	ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - Adesão a imunização (T)>18 A - Doenças crónicas/incapacidades - Observações Dependentes: Auto Cuidado - Especificação: Auto Cuidado	Dependentes: Auto Cuidado ☐ Dependentes: Auto Cuidado

ITEMS A AVALIAR	ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - Adesão a imunização (T)>18 A - Doenças crónicas/incapacidades - Observações - Dependentes: Auto Cuidado Especificação: Auto Cuidado - Dependentes: Cuidado Doméstico - Especif.: Cuidado Doméstico - Adaptação da habitação - Observações gerais - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA	Especificação: Auto Cuidado Registrado por: Data: 20-05-2021 Hora: 17:16

ITEMS A AVALIAR	ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - Adesão a imunização (T)>18 A - Doenças crónicas/incapacidades - Observações - Dependentes: Auto Cuidado - Especificação: Auto Cuidado - Dependentes: Cuidado Doméstico	Dependentes: Cuidado Doméstico Dependentes: Cuidado Doméstico

ITEMS A AVALIAR	ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - Adesão a imunização (T)>18 A - Doenças crónicas/incapacidades - Observações - Dependentes: Auto Cuidado - Especificação: Auto Cuidado - Dependentes: Cuidado Doméstico - Específico: Cuidado Doméstico - Adaptação da habitação - Observações gerais	Específico: Cuidado Doméstico Registado por Data: 20-05-2021 Hora: 17:20

ITEMS A AVALIAR	ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - Adesão a imunização (T)>18 A - Doenças crónicas/incapacidades - Observações - Dependentes: Auto Cuidado - Especificação: Auto Cuidado - Dependentes: Cuidado Doméstico - Específico: Cuidado Doméstico - Adaptação da habitação - Observações gerais	Não Sim Registado por

ITEMS A AVALIAR	ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - Adesão a imunização (T)>18 A - Doenças crónicas/incapacidades - Observações - Dependentes: Auto Cuidado - Especificação: Auto Cuidado - Dependentes: Cuidado Doméstico - Específico: Cuidado Doméstico - Adaptação da habitação - Observações gerais - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA	Observações gerais Registado por Data: 20-05-2021 Hora: 17:21

Atividades de estilo de vida



ITEMS A AVALIAR	ATIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - Usos de tabaco - Usos de álcool - Usos de drogas - Observações gerais - PRESTADOR DE CUIDADOS - OUTRAS SITUAÇÕES	Usos de tabaco ☐ Usos de tabaco Registado por

ITEMS A AVALIAR	ATIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - Usos de tabaco - Usos de álcool - Usos de drogas	Usos de álcool ☐ Usos de álcool

ITEMS A AVALIAR	ATIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - Usos de tabaco - Usos de álcool - Usos de drogas - Observações gerais	Usos de drogas ☐ Usos de drogas

ITEMS A AVALIAR	ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - Uso de tabaco - Uso de álcool - Uso de drogas Observações gerais - PRESTADOR DE CUIDADOS - OUTRAS SITUAÇÕES	Observações gerais Registrado por: _____ Data: 20-05-2021 Hora: 17:24

Prestador de cuidados

ITEMS A AVALIAR
PRESTADOR DE CUIDADOS - Papéis (especificar) - Nome/Instituição - Parentesco - Escolaridade - Profissão - Contacto (telefone) - Observações gerais

Na avaliação inicial é importante identificar o membro da família dependente e quem é o prestador de cuidados nas áreas com dependência.

ITEMS A AVALIAR	PRESTADOR DE CUIDADOS
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - PRESTADOR DE CUIDADOS Papéis (especificar) - Nome/Instituição - Parentesco - Escolaridade - Profissão - Contacto (telefone) - Observações gerais - OUTRAS SITUAÇÕES	Papéis (especificar) Registrado por: _____ Data: 20-05-2021 Hora: 17:24

ITEMS A AVALIAR	PRESTADOR DE CUIDADOS
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - PRESTADOR DE CUIDADOS - Papéis (especificar) NomeInstituição - Parentesco - Escolaridade - Profissão - Contacto (telefone) - Observações gerais - OUTRAS SITUAÇÕES	NomeInstituição Registado por _____ Data 20-05-2021 Hora 17:25 POR PROGRAMA Serviço _____ Nº Contacto _____

ITEMS A AVALIAR	PRESTADOR DE CUIDADOS
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - PRESTADOR DE CUIDADOS - Papéis (especificar) - NomeInstituição Parentesco	amigo ajudante de saúde familiar outro vizinho

ITEMS A AVALIAR	PRESTADOR DE CUIDADOS
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - PRESTADOR DE CUIDADOS - Papéis (especificar) - NomeInstituição - Parentesco Escolaridade	Analfabeto Ensino secundário Ensino superior Ensino básico - 1º ciclo Ensino básico - 2º ciclo Ensino básico - 3º ciclo

ITEMS A AVALIAR	PRESTADOR DE CUIDADOS
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - PRESTADOR DE CUIDADOS - Papéis (especificar) - NomeInstituição - Parentesco - Escolaridade Profissão - Contacto (telefone)	Profissão Registado por _____ Data _____ Hora _____

ITEMS A AVALIAR	PRESTADOR DE CUIDADOS
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - PRESTADOR DE CUIDADOS - Papéis (especificar) - Nome/instituição - Parentesco - Escolaridade - Profissão Contacto (telefone) - Observações gerais	Contacto (telefone) Registado por

ITEMS A AVALIAR	PRESTADOR DE CUIDADOS
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - PRESTADOR DE CUIDADOS - Papéis (especificar) - Nome/instituição - Parentesco - Escolaridade - Profissão - Contacto (telefone) Observações gerais	Observações gerais Registado por Data 20-05-2021 Hora 17:28

Outras situações

ITEMS A AVALIAR	OUTRAS SITUAÇÕES
- Família - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA - EDIFÍCIO RESIDENCIAL - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA - PRESTADOR DE CUIDADOS - OUTRAS SITUAÇÕES Observações	Observações Registado por Data 20-05-2021 Hora 17:28

4. Focos Sugeridos na Dimensão Estrutural

4.1. Rendimento Familiar



É realizada esta avaliação se a classificação da Escala de Graffar for GRAU 4 ou 5 e/ou conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares for NÃO DEMONSTRADO.

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar gestão do rendimento**

GRUPOS	
Classe Social (Escala Graffar adaptada)	
Conhecimento sobre gestão rendimento	

ITEMS DO GRUPO	
★ Origem rendimento familiar	
- Grau I	
- Grau II	
- Grau III	
- Grau IV	
- Grau V	

PARAMETROS DA ESCALA	
Item	Valor

GRUPOS DE SCORE	
Grupo	Score

GRUPOS	
Classe Social (Escala Graffar adaptada)	
Conhecimento sobre gestão rendimento	

ITEMS DO GRUPO	
★ Gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares:	
- Não demonstrado	
- Demonstrado	

PARAMETROS DA ESCALA	
Item	Valor
Origem rendimento familiar	Grau II

GRUPOS DE SCORE	
Grupo	Score
Classe Social (Escala Graffar adaptada)	9

PROGRAMAS

Registo de Intervenções do Tipo VIGIAR

INTERVENÇÕES DE

Descrição

Selecionar sinais: Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos - sinais selecionados

☒ Demonstra conhecimento

☐ Não demonstra conhecimento

Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos - sinais selecionados

Notas a anexar à vigilância

Data: 02-05-2023 Hora: 17:35

Salvar Gravar

Todos Ativos Inativos

Início 2023 17:30

Término

Ativos Inativos

Término

Término

4.2. Edifício Residencial



É realizada esta avaliação se a classificação da Escala de Graffar for GRAU 4 ou 5 e/ou se a Higiene Habitacional se situar em Má ou Razoável

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar habitação**

Habitação

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Avaliação do tipo habitação (escala Graffar adaptada)

Avaliação da habitação

ITEMS DO GRUPO

Barreiras arquitetónicas

Não

Sim

Aquecimento

Não

Sim

Abastecimento de gás

Não

Sim

Higiene da habitação

Não

Sim

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

Habitação

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Avaliação do tipo habitação (escala Graffar adaptada)

Avaliação da habitação

ITEMS DO GRUPO

* Tipo de habitação

Grau I

Grau II

Grau III

Grau IV

Grau V

Tipo de Habitação:

- **Grau 1:** 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 + 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 quarto + 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 + boa 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

Habitação_Escala	Data:	Hora:
Registrar Escala Histórico		
GRUPOS Conhecimento sobre:	PARAMETROS DA ESCALA	
	Item	Valor
ITEMS DO GRUPO * Riscos de habitação não segura - Não demonstra - Demonstra * Governo da casa - Não demonstra - Demonstra * Riscos de deficiente higiene habitacional - Não demonstra - Demonstra * Barreiras arquitetônicas - Não demonstra - Demonstra		

4.3. Abastecimento de Água



É realizada esta avaliação se existir consumo de água de rede privada para consumo humano e não existir controle da qualidade de água.

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar abastecimento de água**

abastecimento de água

Data: Hora:

Registrar Escala | Histórico

GRUPOS

Sistema de abastecimento de água

ITEMS DO GRUPO

- * Tipo de abastecimento de água para consumo:
 - Não tem
 - Rede privada
 - Rede mista
 - Rede pública
- * Controle de qualidade de água na rede privada:
 - Não
 - Sim
- Serviços de tratamento de resíduos:
 - Não tem
 - Fossa séptica
 - Rede pública

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

abastecimento de água_conhecimento

Data: Hora:

Registrar Escala | Histórico

GRUPOS

Conhecimento sobre

ITEMS DO GRUPO

- * Controle de qualidade de água:
 - não demonstra
 - demonstra
- * Estratégias de manutenção da qualidade de água:
 - não demonstra
 - demonstra

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

Nota: se selecionar que não existe controlo da qualidade da água levanta o foco "Abastecimento de água não adequada". Se a família usar para consumo próprio surge intervenções direcionadas. Caso contrário, poderá escrever em notas especificações do consumo de água da rede privada.

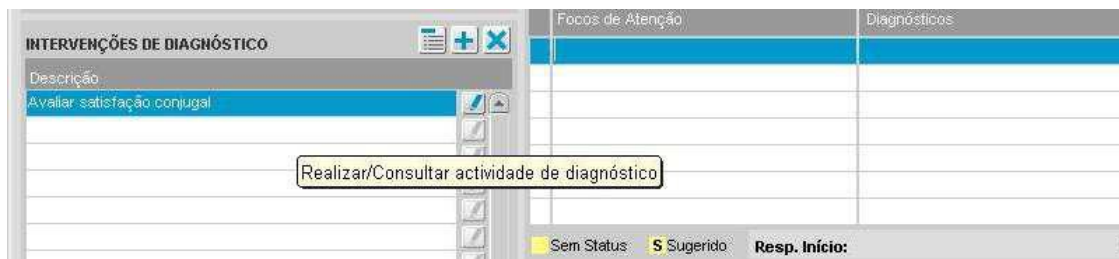
5. Focos Sugeridos na Dimensão Desenvolvimental

Neste capítulo serão descritos os passos das áreas de atenção Satisfação conjugal, planeamento familiar, Adaptação à gravidez e Papel parental

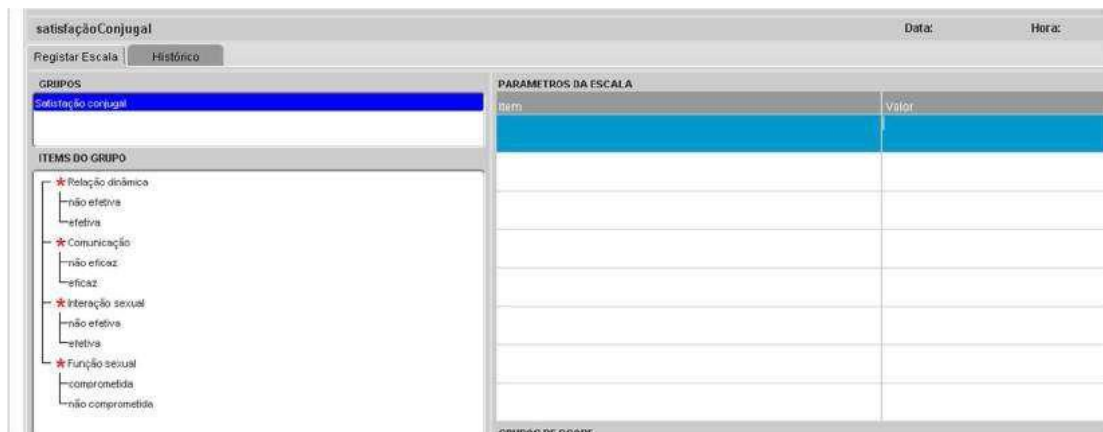
5.1. Satisfação Conjugal

Para ativar o foco relacionado com a “Satisfação Conjugal” deve realizar a seguinte intervenção de diagnóstico:

- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar satisfação conjugal**



Intervenções de diagnóstico disponíveis no SCLINICO®



Critério de diagnóstico:

Relação Dinâmica (se um item se situar no não, não é efetiva)

- satisfação do casal com a divisão de tarefas domésticas
- satisfação do casal com o tempo que passam juntos
- satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos

Comunicação (se um item se situar no não, não é eficaz)

- O casal conversa sobre expectativas e receios de cada um
- O casal consegue chegar a um acordo quando há discordância de opinião
- Satisfação com o padrão da comunicação do casal

Interação Sexual (se um item se situar no não, não é efetiva)

- Satisfação do casal com o padrão da sexualidade
- Conhecimento do casal sobre a sexualidade

Função sexual (se um item se situar no não, é comprometida)

- Disfunções sexuais
- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais

Focos de atenção e diagnóstico

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO			Início:	11-06-2020	Fim:	11-06-2021	☐ Todos	☒ Ativos	☐ Inativos			
	Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo							
S	Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	●	11-06-2021 08:15								

Intervenções sugeridas não mencionadas no SClinico® se satisfação conjugal comprometida:

- Planear rituais familiares
- Promover comunicação expressiva das emoções
- Promover comunicação do casal
- Promover envolvimento da família
- Incentivar casal para partilha das tarefas domésticas
- Incentivar o casal para atividades em conjunto
- Ensinar casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução de disfunções sexuais
- Ensinar casal sobre sexualidade
- Instruir casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução de disfunções sexuais

- Orientar casal com problemas de fertilidade
- Orientar casal para Serviço Médico
- Orientar casal para Terapia Familiar

5.2. Planeamento Familiar

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar planeamento familiar**

Registo de Intervenções do Tipo VIGIAR

Selecionar sinais: Avaliar planeamento familiar

☒ Planeamento familiar comprometido

☐ Sem planeamento familiar comprometido

Avaliar planeamento familiar - sinais seleccionados

Planeamento familiar comprometido:

Notas a anexar à vigilância

Data: 04-05-2023 Hora: 19:14

Intervenções relacionadas

Intervenções relacionadas a realizar	Última avaliação
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	2022-11-25 17:08 [0]
Avaliar conhecimento sobre planeamento familiar	2022-11-24 17:12 [0]

De seguida selecciona as duas intervenções de diagnóstico: **Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento; Avaliar conhecimento sobre planeamento familiar**

Potencial_conhecimento

Registrar Escala | Histórico

GRUPOS

Potencial para melhorar o conhecimento

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

ITEMS DO GRUPO

- * [CAPACIDADE COGNITIVA]
 - Não
 - Sim
- * [CONSCIENTIZAÇÃO DAS MUDANÇAS NO SEU ESTADO DE SAÚDE]
 - Não
 - Sim
- * [FORÇA DE VONTADE EXPRESSA NA APRENDIZAGEM]
 - Não
 - Sim
- * [ENVOLVIMENTO NO PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM]
 - Não
 - Sim

- intervenção de diagnóstico: **Avaliar uso de contraceptivos**

De seguida surge uma intervenção de diagnóstico: **Avaliar conhecimento sobre o uso de contraceptivos**

usoContracetivos

Registrar Escala

Histórico

GRUPOS

Contracetivos

ITEMS DO GRUPO

✖

Uso de contracetivos

└ não demonstra

└ demonstra

Data:

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

“Uso de Contracetivo” é um Fenómeno integrado como dimensão do Fenómeno “Planeamento Familiar”. Deverá ser utilizado no Programa de Saúde Familiar, sempre que o contacto é efetuado com um ou ambos os membros do casal que integra a Família

5.3. Adaptação à Gravidez

The screenshot displays a software interface for family health assessment, specifically focusing on pregnancy adaptation. The interface is divided into several sections:

- INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO (Diagnostic Interventions):** A list of diagnostic interventions on the left, including:
 - Avaliar abastecimento de água
 - Avaliar adaptação à gravidez** (highlighted)
 - Avaliar conhecimento sobre animal doméstico
 - Avaliar crença religiosa
 - Avaliar habitação
 - Avaliar papel de prestador de cuidados
 - Avaliar papel parental** (highlighted)
 - Avaliar planeamento familiar
 - Avaliar processo familiar
 - Avaliar rendimentos** (highlighted)
 - Avaliar satisfação conjugal
 - Avaliar suporte
- Focos de Atenção (Focus of Attention):** A table listing focus areas and their corresponding diagnostic interventions.

Focos de Atenção	Diagnósticos	Ativo	Início	Térmo
Adaptação à Gravidez	Potencial para melhorar adaptação à gravidez	☒	15-05-2023 15:56	
S Animal Doméstico	Conhecimento sobre animal doméstico	☒	15-05-2023 15:52	
Rendimentos	Potencial para melhor conhecimento sobre gestão de rendimentos	☒	14-02-2023 10:19	
	Rendimento não insuficiente	☒	14-02-2023 10:19	
Papel Parental	Sem papel parental comprometido	☒	14-02-2023 10:19	
	Edifício residencial não seguro	☒	14-02-2023 10:17	
Abastecimento de Água	Abastecimento de água adequado	☒	14-02-2023 10:14	
- Especificações:** A section for specifying the intervention, showing the date and time (15 Ma 2023 15:57) and the potential for improving pregnancy adaptation (Responsável: FILIPA JOSE SOUSA COSTA).
- INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO (Suggested Interventions):** A table listing suggested interventions based on the focus area or diagnostic intervention.

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	CA	A	Pontão	Início	Térmo
Incentivar o envolvimento do pai na gravidez	☒	☒			
Incentivar tomada de decisão sobre amamentar	☒	☒			
Informar para o papel parental	☒	☒			
Informar para o trabalho de parto	☒	☒			
Informar sobre curso de preparação para o trabalho de parto e papel parental	☒	☒			
Planear trabalho de parto	☒	☒			
Providenciar material de leitura	☒	☒			
- Resposta:** A section for providing a response, including fields for Início, Térmo, and Especificações.
- Última Avaliação:** A section for the last evaluation, showing the date and time (2023-05-15 15:56 [0]).

Adequação <u>Status</u> Adequado Não Adequado	<u>Pond.</u> 1 2	Definição Adaptação á Gravidez Não Adequada Se: "Conhecimento Não Demonstrado" e/ou "Comunicação Não Eficaz" e/ou "Comportamentos de Adesão Não Demonstrado"
Conhecimento do casal <u>Status</u> Demonstrado Não Demonstrado	<u>Pond.</u> 1 2	Definição Conhecimento Não Demonstrado Se "Não Conhecimento" sobre um dos itens: Direitos sociais na gravidez; direitos na maternidade/paternidade; etapas de adaptação á gravidez; alterações fisiológicas na gravidez; nova etapa do ciclo vital; vigilância de saúde na gravidez; desenvolvimento fetal; curso de preparação para o parto; processo fisiológico associado ao puerpério; ; vigilância de saúde do RN; enxoval da mãe e do bebê; prevenção de acidentes do RN; alimentação do RN:
Comunicação <u>Status</u> Eficaz Não Eficaz	<u>Pond.</u> 1 2	Definição Comunicação Não Eficaz Se: "O casal não partilha receios e expectativas associadas à gravidez" e/ou "O casal não partilha receios e expectativas associadas a parentalidade" e/ou "Os elementos do casal não se apoiam mutuamente nas tarefas desenvolvimentais" (Avaliação Inicial)
Comportamentos de adesão <u>Status</u> Demonstrado Não Demonstrado	<u>Pond.</u> 1 2	Definição Comportamentos de Adesão Não Demonstrado Se: " A grávida e/ou casal não são assíduos ás consultas de Saúde Materna" e/ou "O casal não está inscrito ou não frequenta o Curso de preparação Para o Parto" e/ou " O casal não preparou ou não está a preparar o enxoval da mãe e do bebê" (Avaliação Inicial)

Intervenções:

Facilitar o suporte familiar Promover comunicação expressiva de emoções

Promover adaptação à gravidez

Promover comunicação do casal Informar casal de Curso de Preparação para o Parto

Informar casal sobre direitos sociais na gravidez Informar casal sobre etapas de adaptação à gravidez

Informar casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido

Informar casal sobre vigilância na gravidez

Informar sobre direitos sociais Informar

sobre malas a levar para o hospital

Ensinar casal sobre alimentação do recém-nascido

Ensinar casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido

Ensinar casal sobre nova etapa do ciclo vital

Ensinar casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido

Ensinar casal sobre processo psicológico associado ao puerpério

Ensinar casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido

Ensinar sobre alterações corporais na gravidez

Ensinar sobre desenvolvimento fetal

Orientar casal para Curso de Preparação para o Parto

Orientar para serviços de saúde

5.4. Papel Parental

Duplicar foco quando na Família existe mais do que um filho. Registrar nas especificações o nome do mesmo.

Selecionar os Status para avaliação de acordo com a idade do filho

GRUPOS	
Conhecimento para tomar conta	
ITEMS DO GRUPO	
★ [ALIMENTAÇÃO] ★ [ELIMINAÇÃO] ★ [HIGIENE] ★ [SEGURANÇA] ★ [DESENVOLVIMENTO INFANTIL] ★ [PROMOÇÃO DA SAÚDE]	

PARAMETROS DA ESCALA	
Item	Valor
Alimentação	não demonstra
Eliminação	não demonstra
Higiene	não demonstra
Segurança	não demonstra
Desenvolvimento infantil	não demonstra
Promoção da saúde	não demonstra

GRUPOS DE SCORE	
Grupo	Score
Conhecimento para tomar conta	0

Score total: 0

Intervenções:

Providenciar material de leitura

Informar sobre leite artificial Informar sobre características do recém-nascido

Informar sobre icterícia fisiológica do recém-nascido

Informar sobre perda de peso fisiológica do recém-nascido

Ensinar os pais sobre competências do lactente

Ensinar os pais sobre alimentação

Ensinar os pais sobre características das dejeções

Ensinar os pais sobre choro do recém-nascido

Ensinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical

Ensinar os pais sobre técnica do banho Ensinar os pais sobre toma dos suplementos vitamínicos

Ensinar pais sobre diagnóstico precoce

Ensinar pais sobre higiene

Ensinar pais sobre posição ao deitar

Ensinar pais sobre vigilância do estado de saúde

Ensinar sobre a esterilização e preparação do biberão

Ensinar sobre cuidados de higiene do recém-nascido

Ensinar sobre enxoval do bebé

Ensinar sobre transporte do recém-nascido

Ensinar técnica de aleitamento artificial

Instruir sobre a esterilização e preparação do biberão

Instruir sobre cuidados ao coto umbilical

Instruir sobre cuidados de higiene do recém-nascido

Treinar cuidados ao coto umbilical

Treinar esterilização e preparação do biberão

Treinar os pais a realizar a higiene da criança

Treinar técnica de aleitamento artificial

Ensinar os pais sobre vigilância de saúde

Ensinar os pais sobre vigilância do estado de saúde

Ensinar os pais sobre técnica de lavagem dos dentes

Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária

Ensinar os pais sobre higiene oral

Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes

Ensinar os pais sobre padrão de exercício

Ensinar os pais sobre padrão de sono-reposo

Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social

Ensinar os pais sobre atividades de lazer

Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil

Ensinar os pais sobre processo de vinculação

Ensinar os pais sobre importância de regras estruturantes

Promover adaptação da família à escola

Promover adaptação da família à saída dos filhos de casa

Ensinar sobre nova etapa do ciclo vital

Promover a comunicação expressiva de emoções

Promover estratégias de *coping* familiar para o desempenho do papel

Incentivar família na redefinição de papéis

Incentivar família para comportamentos de adesão no desempenho do papel

Avaliar as dimensões de conflito do papel

Avaliar dimensões não consensuais do exercício do papel

Avaliar fatores de saturação do exercício do Papel

Incentivar a redefinição das tarefas parentais

Negociar a redefinição das tarefas parentais

Promover o envolvimento da família alargada

6. Focos Sugeridos da Dimensão Funcional

No presente capítulo são mencionados os passos para a documentação de informação clínica referente às áreas de atenção “Papel Prestador de Cuidados” e “Processo Familiar”.

6.1. Papel Prestador de Cuidados

Neste subcapítulo é lembrado que na avaliação inicial é possível identificar o papel prestador de cuidados.

The screenshot displays a software interface for family assessment. On the left, a tree titled 'ITEMS A AVALIAR' lists various categories under 'Família'. The 'PRESTADOR DE CUIDADOS' category is expanded, showing sub-items like 'Papéis (especificar)', 'Nome/instituição', 'Parentesco', 'Escolaridade', 'Profissão', 'Contacto (telefone)', 'Observações gerais', and 'OUTRAS SITUAÇÕES'. The 'Papéis (especificar)' item is highlighted. On the right, a form titled 'PRESTADOR DE CUIDADOS' contains a large text area for 'Papéis (especificar)'. Below this, there are fields for 'Registado por', 'Data' (20-05-2021), and 'Hora' (17:24). At the bottom, there is a section labeled 'POR PROGRAMA'.

Na avaliação inicial é importante identificar o membro da família dependente e quem é o prestador de cuidados nas áreas com dependência.

Seguindo os mesmos princípios utilizados na Avaliação Familiar relativamente aos dados de avaliação do Papel de Prestador de Cuidados, os Status “Conhecimento do Papel”, “Aprendizagem de Habilidades” e “Comportamentos de Adesão” integram itens relativos aos seguintes Auto cuidados: Higiene; Vestuário; Comer; Beber; Ir ao Sanitário; Comportamento Sono-Repouso; Actividade Física; Gestão do Regime Terapêutico; Autovigilância; Administração de Medicamentos;

Para ativar o foco relacionado com o “Papel Prestador de Cuidados” deve realizar as seguintes intervenções de diagnóstico:

- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar papel prestador de cuidados**

PPC_capacidade_tomarConta

Data: 04-05-2023 Hora: 17:26

Registrar Escala | Histórico

GRUPOS

Capacidade para tomar conta:

ITEMS DO GRUPO

- * [ALIMENTAÇÃO]
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * [HIGIENE]
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * [ELIMINAÇÃO]
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * [VESTUÁRIO]
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * [REGIME TERAPÊUTICO]
 - não demonstra

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados para administrar medicamentos**

[illegible]

- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados para alimentar através da sonda nasogástrica**

capacidade_alimentarSonda_PC

Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Capacidade para

ITEMS DO GRUPO

- * Verificar o correto posicionamento da sonda
 - não demonstra
 - demonstra
- * Executar corretamente a técnica de alimentação por sonda
 - não demonstra
 - demonstra
- * Posicionar a pessoa adequadamente antes e após a refeição
 - não demonstra
 - demonstra
- * Executar a lavagem da sonda após refeição
 - não demonstra
 - demonstra
- * Inspeccionar a cavidade oral após refeição
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados para prevenir a rigidez articular**

rigidezArticular_capacidade_PC

Data: 04-05-2023 Hora: 17:33

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Capacidade para

ITEMS DO GRUPO

- * EXECUTAR TÉCNICAS DE EXERCÍCIO MUSCULAR E ARTICULAR
 - não demonstra
 - demonstra

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados para estimular a cognição**
- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados para estimular a cognição**
- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados para estimular memória a curto prazo**

- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados para estimular a memória a longo prazo**

- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados sobre a alucinação**

alucinação_conhecimento_PC

Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Conhecimento sobre:

ITEMS DO GRUPO

- * Processo patológico
 - não demonstra
 - demonstra
- * Complicações
 - não demonstra
 - demonstra
- * Gerir a alucinação
 - não demonstra
 - demonstra

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados sobre a diabetes**

metabolismoEnergetico_diabetes_PC

Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Conhecimento sobre:

ITEMS DO GRUPO

- * Processo patológico
 - não demonstra
 - demonstra
- * Complicações do processo patológico
 - não demonstra
 - demonstra
- * Regime dietético
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Regime de exercício
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Regime medicamentoso
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar o prestador de cuidados sobre o regime terapêutico**

The screenshot shows the 'GRT_conhecimento_PC' window. The 'Registrar Escala' tab is active. The 'GRUPOS' list on the left has 'Conhecimento sobre:' selected. The 'ITEMS DO GRUPO' list shows three categories: 'Regime medicamentoso', 'Regime de exercício', and 'Regime dietético', each with sub-items 'não demonstra', 'demonstra', and 'não aplicável'. The 'PARAMETROS DA ESCALA' table on the right is empty. The 'GRUPOS DE SCORE' section at the bottom shows a 'Grupo' field.

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar do cuidador para tratar da ostomia de alimentação**

The screenshot shows the 'Capacidade para:' group selected in the 'GRUPOS' list. The 'ITEMS DO GRUPO' list includes: '[REUNIR MATERIAL NECESSÁRIO]' (with sub-items 'não demonstra', 'demonstra'), '[LIMPEZA DA OSTOMIA E PELE PERI - OSTOMIA]' (with sub-items 'não demonstra', 'demonstra'), and 'Reconhecer alterações da ostomia e pele peri - ostomia' (with sub-items 'não demonstra', 'demonstra'). The 'PARAMETROS DA ESCALA' table is empty.

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar do cuidador para tratar da ostomia de eliminação (Foco de Atenção: Autocuidado)**

The screenshot shows the 'AC_OstomiaEliminação_conhecimento_PC' window. The 'Registrar Escala' tab is active. The 'GRUPOS' list has 'Conhecimento sobre:' selected. The 'ITEMS DO GRUPO' list includes: 'Conceito de ostomia de eliminação' (sub-items: 'não demonstra', 'demonstra'), 'Finalidade da ostomia de eliminação' (sub-items: 'não demonstra', 'demonstra'), 'Direitos da pessoa ostomizada' (sub-items: 'não demonstra', 'demonstra'), 'Material necessário' (sub-items: 'não demonstra', 'demonstra'), 'Aquisição de material necessário' (sub-items: 'não demonstra', 'demonstra'), and 'Periodicidade de troca de dispositivos' (sub-items: 'não demonstra', 'demonstra'). The 'PARAMETROS DA ESCALA' table is empty. The 'GRUPOS DE SCORE' section at the bottom shows a 'Grupo' field.

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar do cuidador para tratar da ostomia respiratória (Foco de Atenção: Autocuidado)**

SESSÃO DE AVALIAÇÃO

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Conhecimento sobre:

ITEMS DO GRUPO

- * Tomar conta
 - não demonstra
 - demonstra
- * Serviços de saúde
 - não demonstra
 - demonstra
- * Recursos da comunidade
 - não demonstra
 - demonstra
- * Coping
 - não demonstra
 - demonstra

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar suporte**

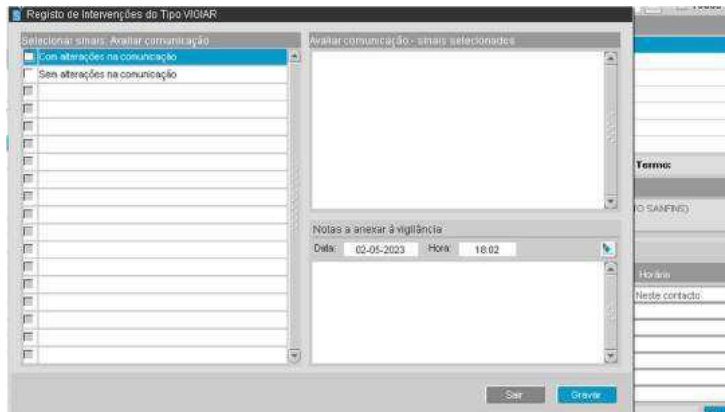
Selecionar sinais: Avaliar suporte

- ☒ Com necessidade de suporte social - ajudas financeiras
- ☐ Com necessidade de suporte social - ajudas técnicas
- ☐ Com necessidade de suporte social - apoio comunitário
- ☐ Com suporte social garantido
- ☐ Sem necessidade de suporte social
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

6.2. Processo Familiar

Para ativar o foco relacionado com o Processo Familiar deve realizar as seguintes intervenções de diagnóstico:

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar comunicação**



Critério de diagnóstico: Na avaliação da comunicação deve ter em consideração a comunicação emocional, verbal/não, verbal e circular. Se um dos próximos itens de caracterização estiver alterado (não/não favorável) a comunicação encontra-se comprometida.

- **Comunicação emocional:**
 - Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (Sim/não)
 - Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (Sim/não)
 - Impacto que os sentimentos de cada um tem na família (Favorável/não Favorável)
- **Comunicação verbal/não, verbal:**
 - Todos na família são claros e diretos no discurso (Sim/não);
 - Todos na família se expressão claramente quando comunicam com os outros (Sim/não);

- **Comunicação Circular:**

- Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família (Sim/não);
- Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa (Favorável/não Favorável)

Intervenções sugeridas se comunicação comprometida:

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO					☒ Todas	☐ Ativas	☐ Inativas
Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo		
Avaliar comunicação	☐	☐					
Incentivar comunicação	☐	☐					
Incentivar o apoio / suporte da família	☐	☐					
Otimizar comunicação	☐	☒	Todos os contactos	23-04-2021 12:20			
Referir para a terapia da fala	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

➤ **INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar coping**

PROGRAMAS		Registo de Intervenções do Tipo VIGAR	Todos	☒ Ativos	☐ Inativos
INTERVENÇÕES DE	Selecionar sinais: Avaliar coping	Avaliar coping - sinais seleccionados	Início	Termo	
Descrição	☐ Com resposta normal		02-05-2023 18:02		
Avaliar conhecimento	☒ Com resposta patológica		02-05-2023 17:56		
Avaliar sentimentos			02-05-2023 17:56		
Avaliar abastecimento			02-05-2023 17:37		
Avaliar habitação			02-05-2023 17:37		
Avaliar comunicação			02-05-2023 17:34		
Avaliar coping			02-05-2023 17:30		

Termo: Termo

S DE DIAGNÓSTICO		Foco de Atenção	Diagnosticos	A	Início	Termo
		Cocina	Cocina comerometrio	☒	02-05-2023 18:04	

Intervenções relacionadas

Intervenções relacionadas a realizar	Ultima avaliação
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	2023-05-02 17:33 (13)
Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping	Sem avaliação

Ok

copling_conhecimento

Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Conhecimento sobre:

ITEMS DO GRUPO

- ★ Estratégias de coping
 - não demonstra
 - demonstra

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

Na avaliação do *copling* familiar é importante ter em consideração:

1. Quem na família identifica os problemas;
2. Quem tem iniciativa para os resolver;
3. Existência de discussão sobre os problemas da família (Sim/não);
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como discutem os problemas (Sim/não);
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (Sim/não);
6. Existem experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (Sim/não).

Critério de diagnóstico: Se não existir nenhum membro que identifique e tome iniciativa para resolver os problemas e/ou se um dos itens de 3 a 6 se situar no não, é um *copling* não eficaz (com resposta patológica).

Intervenções sugeridas se *copling* comprometido:

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

☒ Todas ☐ Ativas ☐ Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Término
Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping	☐	☒	Neste contacto	02-05-2023 18:05	02-05-2023 18:05
Ensinar sobre coping	☐	☒	Neste contacto	02-05-2023 18:06	
Instruir sobre estratégias	☐	☒	Neste contacto	02-05-2023 18:06	
	☐	☐			
	☐	☐			
	☐	☐			
	☐	☐			

- INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar funcionalidade da família** (perceção dos membros sobre a funcionalidade da mesma)

1) Clicar no ícone



Surge o quadro das intervenções:

Intervenções		Fenómenos		Tipo		Horário		Início		Término	
								Data	Hora	Data	Hora
Avaliar abastecimento de água						Todos os Contactos		15-10-2018	19:21		
Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água						Todos os Contactos		15-10-2018	19:22		
Avaliar papel parental						Todos os Contactos		15-10-2018	19:38		
Avaliar capacidade da mãe e/ou do pai para tomar conta (necessidades e desenvolvimento)						Todos os Contactos		15-10-2018	19:37		
Avaliar conhecimento da mãe e/ou do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)						Todos os Contactos		15-10-2018	19:37		
Ensinar a mãe e/ou o pai sobre papel parental						Todos os Contactos		16-10-2018	13:07		
Ensinar a mãe e/ou o pai sobre medidas de segurança						Todos os Contactos		11-12-2018	16:32		
Ensinar a mãe e/ou o pai sobre prevenção de acidentes						Todos os Contactos		11-12-2018	16:32		
Ensinar a família a tratar parasitoses do animal doméstico						Neste Contacto		19-06-2020	11:52		
Ensinar a família sobre vacinação do animal doméstico						Neste Contacto		19-06-2020	11:52		
Incentivar a família a tratar os parasitoses de animal doméstico						Neste Contacto		19-06-2020	11:52		
Orquestrar comunicação						Todos os Contactos		28-04-2021	12:20		
Orquestrar processo familiar						Todos os Contactos		28-04-2021	12:20		
Avaliar processo familiar						Neste Contacto		08-06-2021	16:51		
Nome: Angela Gonçalves											
Tabela de Fenómenos											
Normas											
Término											

2) Clicar no ícone



Surge o quadro de pesquisa de todas as intervenções:

Intervenções		Fenómenos e Atitudes Terapêuticas	
☒	Avaliar adesão a rastreio		
☒	Avaliar adesão à vacinação		
☐	Avaliar adesão ao regime de exercício		
☐	Avaliar adesão ao regime dietético		
☐	Avaliar adesão ao regime medicamentoso		
☐	Avaliar adesão ao regime terapêutico		
☐	Avaliar adesão da comunidade à escovagem dos dentes		
☐	Avaliar adesão da comunidade ao bochecho fluoretado		
☐	Avaliar adesão da comunidade às medidas de controlo da pediculose		
☐	Avaliar auto - vigilância		
☐	Avaliar auto controlo: infeção		
☒	Avaliar auto cuidado		
☐	Avaliar auto cuidado da ostomia de alimentação		
☐	Avaliar auto cuidado da ostomia de eliminação		
☐	Avaliar auto cuidado da ostomia respiratória		
☐	Avaliar capacidade do cuidador para tratar da ostomia de alimentação		
☐	Avaliar capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação		
☐	Avaliar capacidade do cuidador para tratar da ostomia respiratória		
☐	Avaliar capacidade para a auto - vigilância da glicemia capilar		

3) Clicar em “Todas” e escrever “apgar” no espaço “Pesquisar Intervenção”:

The screenshot shows a software interface with a list of interventions on the right and search filters at the bottom. The list includes:

- ☐ Avaliar absorção
- ☐ Avaliar aceitação do estado de saúde
- ☐ Avaliar adaptação
- ☐ Avaliar adaptação à gravidez
- ☐ Avaliar adesão a rastreio
- ☒ Avaliar adesão à vacinação
- ☐ Avaliar adesão ao regime de exercício
- ☐ Avaliar adesão ao regime dietético

At the bottom, there is a 'Seleção' section with two radio buttons: 'Sugeridas' and 'Todas' (which is selected). To the right of these is a search box labeled 'Pesquisar Intervenção'.

4) Escolher “Avaliar apgar familiar”

The screenshot shows a window titled 'Intervenções do Serviço'. It has two dropdown menus at the top: 'Tipo' and 'Fenómenos e Atitudes Terapêuticas'. Below these is a list of interventions. The first item, 'Avaliar apgar familiar', is selected and highlighted in blue. The second item is 'Avaliar índice de apgar'. Below the list are the same 'Seleção' radio buttons ('Sugeridas' and 'Todas') and a search box labeled 'Pesquisar Intervenção' containing the text 'apgar'. A 'Sair' button is located at the bottom right.

5) Atribuir um horário:

Intervenções

IDENTIFICAÇÃO DO INTERVENIENTE

Nome: [] Nº Proc: 4780

Ativa Total

Intervenção: [] Fenômeno: [] Tipo: []

	Horário	Início		Término	
		Data	Hora	Data	Hora
Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água	Todos os Contatos	15-10-2018	19:22		
Avaliar papel parental	Todos os Contatos	15-10-2018	19:36		
Avaliar capacidade de mãe e/ou do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)	Todos os Contatos	15-10-2018	19:37		
Avaliar conhecimento da mãe e/ou do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)	Todos os Contatos	15-10-2018	19:37		
Ensinar a mãe e/ou o pai sobre papel parental	Todos os Contatos	16-10-2018	13:07		
Ensinar a mãe e/ou o pai sobre medidas de segurança	Todos os Contatos	11-12-2018	16:32		
Ensinar a mãe e/ou o pai sobre prevenção de acidentes	Todos os Contatos	11-12-2018	16:32		
Ensinar a família a tratar parasitos do animal doméstico	Neste Contato	19-06-2020	11:52		
Ensinar a família sobre vacinação do animal doméstico	Neste Contato	19-06-2020	11:52		
Incentivar a família a tratar de parasitos do animal doméstico	Neste Contato	19-06-2020	11:52		
Otimizar comunicação	Todos os Contatos	23-04-2021	12:20		
Otimizar processo familiar	Todos os Contatos	23-04-2021	12:20		
Avaliar processo familiar	Neste Contato	08-06-2021	16:51		
Avaliar apoio familiar	Neste Contato	09-06-2021	17:14		

Interv: Angela Gonçalves

Horário

☒ Neste Contato ☐ Todos os Contatos

☐ Próximo Contato ☐ Dia/Hora Fixa

☐ Por Programa

Especificações

Início: 09-06-2021 17:13

Término: []

Nº Contato: 633474 USF AMARÉSAÚDE

6) Selecionar a intervenção no “Mapa de Cuidados”:

Mapa de Cuidados

Av. Inic. Proc. Preso. Guias Tr. M. Cui. Vigil. Vacinas Alergias TNF Pedido

Mapa de Cuidados

IDENTIFICAÇÃO DO INTERVENIENTE

Nome: [] Nº process: [] Dia: 06-09-2021

Total intervenções Por realizar

Rua: 5942 Local: Unidade de Saúde Estado: Em Realização Data/Hora Início: 09-06-2021 16:50h Data/Hora Término: []

	Data	Hora	Intervenção da Família	Especificações
☒	09-06-2021	16:50	Ensinar a mãe e/ou o pai sobre papel parental	
☒	09-06-2021	16:50	Ensinar a mãe e/ou o pai sobre medidas de segurança	
☒	09-06-2021	16:50	Ensinar a mãe e/ou o pai sobre prevenção de acidentes	
☒	09-06-2021	16:50	Ensinar a família a tratar parasitos do animal doméstico	
☒	09-06-2021	16:50	Ensinar a família sobre vacinação do animal doméstico	
☒	09-06-2021	16:50	Incentivar a família a tratar de parasitos de animal doméstico	
☒	09-06-2021	16:50	Otimizar comunicação	
☒	09-06-2021	16:50	Otimizar processo familiar	
☒	09-06-2021	16:51	Avaliar processo familiar	
☒	09-06-2021	16:56	Avaliar coping	
☒	09-06-2021	17:15	Avaliar apoio familiar	
☒	09-06-2021	16:52	Intervenção: Michel Pimenta Paredes	
☒	09-06-2021	16:52	Avaliar coping	

[illegible]

Medicina Geral e Familiar  M

Vigilância				Monitorização				Notas				Diagnósticos de enfermagem				Não realizadas				Avaliação inicial			
Intervenções de enfermagem												Data		Hora		Especificação				Notas			
Avaliar abastecimento de água																							
Avaliar apoio familiar												03-05-2023		18:00						Escala Apoio Familiar (Simbion) score: 5			
Avaliar comunicação																							
Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água																							
Avaliar conhecimento sobre animal doméstico																							
Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping																							
Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos																							
Avaliar conhecimento sobre habitação																							
Avaliar coping																							
Avaliar habitação																							
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento																							
Avaliar rendimentos																							

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar Processo Familiar**

processoFamiliar Data: 02-05-2023 Hora: 18:11

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Processo familiar

ITEMS DO GRUPO

- ★ [ADEQUADO]
 - não
 - sim
- [COMUNICAÇÃO]
 - não comprometida
 - comprometida
- [COPING]
 - não comprometido
 - comprometido
- [INTERAÇÃO DE PAPEIS]
 - não comprometida
 - comprometida
- [RELAÇÃO DINÂMICA]
 - não comprometida
 - comprometida
- [CONFLITUOSO]
 - não
 - sim

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Critérios de diagnóstico:

Ao realizar as intervenções de diagnóstico sobre a **comunicação** e sobre o **coping**, poderá selecionar se estão ou não comprometidos.

Em relação a:

- **Interação de papéis:**

- Deverá identificar quem desempenha o papel de provedor, papel de gestão financeira, papel de cuidado doméstico, papel recreativo e papel parente na família.
- Verificar se existe consenso, conflito e saturação dos papéis supracitados.

Se não existir consenso ou existir conflito sobre um dos papéis que os membros desempenha, a **interação de papéis encontra-se comprometida**.

- **Relação dinâmica:**

- 1) Identificar o membro com maior poder na família;
- 2) Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (sim/não);
- 3) Existência na família de alianças entre alguns dos seus membros (sim/não);
- 4) Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união (sim/não);
- 5) Resultado da Escala APGAR Familiar de *Smilkstein*.

Se o item 2 e 4 se situar no não e o resultado da escada APGAR Familiar for < a 3 (família com disfunção acentuada), a **relação dinâmica encontra-se comprometida**.

Intervenções sugeridas se Processo Familiar comprometido:

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO					
Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico					
	D.A.	A.	Horário	Início	Termo
Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes	☐	☐			
Avaliar processo familiar	☐	☒	Neste contacto	08-06-2021 18:51	
Incentivar o apoio / suporte da família	☐	☐			
Incentivar o envolvimento da família	☐	☐			
Negociar o processo familiar	☐	☐			
Orientar para a terapia familiar	☐	☐			
Otimizar comunicação	☐	☒	Todos os contactos	23-04-2021 12:20	

➤ INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: **Avaliar crença religiosa**

Registo de Intervenções do Tipo VIGIAR

Selecionar sinais: Avaliar crença religiosa

☒ Crença religiosa dificultadora

☐ Sem crença religiosa dificultadora

Avaliar crença religiosa - sinais selecionados

Crença religiosa dificultadora

Notas a anexar à vigilância

Data: 04-05-2023 Hora: 19:35

7. Extrair a Lista de Famílias por Morada

Para extrair a lista de famílias por morada siga os seguintes passos:

1) Selecionar o ícone "Parametrização"

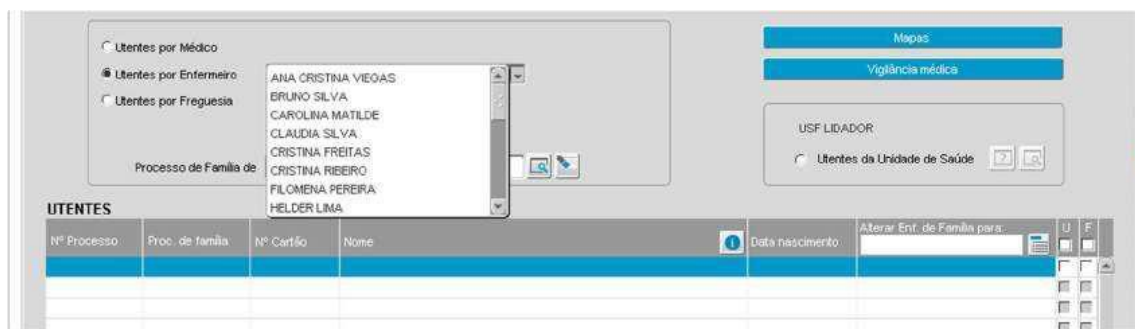


2) Selecionar “parametrização p/serviço - Enfermeiro de Família”



3) Selecionar “Enfermeiro de Família”

4) Selecionar o nome do enfermeiro



5) Selecionar o ícone “Mapa” que irá abrir uma nova janela



6) Na listagem a imprimir Selecciona “Famílias por Enfermeiro de Família” e em Enfermeiro selecciona o nome pretendido.

7) Selecionar o ícone “Imprimir para o Ecrã”

Programa de Saúde da Família – Notas Finais

Saúde Familiar –

Tendo como objectivo a avaliação e intervenção familiar considerando o sistema familiar como foco dos cuidados, foram definidas as seguintes áreas de atenção:

Rendimento

Habitação

Precaução de segurança

Abastecimento de água

Animal doméstico

Avaliar em todas as famílias

Satisfação Conjugal

Avaliar em todas as famílias em que haja pelo menos um casal

Planeamento Familiar

Saúde Familiar: Avaliar em todas as famílias em que haja pelo menos um casal em idade fértil. O fenómeno é activado de acordo com os critérios definidos.

No âmbito do Programa: Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva são activados os fenómenos dirigidos à mulher e/ou homem individualmente (exº: Auto-Vigilância; Auto-Controlo). Excepcionalmente será activado o fenómeno “uso de contraceptivo” quando a um dos elementos da família está associado este Programa de Saúde, mas o seu namorado/parceiro não faz parte da família.

Adaptação à gravidez

Saúde Familiar: Avaliar em todas as famílias em que haja gravidez. O fenómeno é activado de acordo com os critérios definidos.

No âmbito dos Programas de Saúde: Preparação Psicoprofiláctica para o Parto e Saúde Materna são activados os fenómenos dirigidos à mulher individualmente.

Papel Parental

Saúde Familiar: Avaliar e activar o fenómeno em todas as famílias em que haja exercício do papel parental. Na avaliação inicial documentam-se os dados relativos ao consenso, conflito e saturação do papel. No Processo de Enfermagem activa-se o fenómeno, seleccionando os status adequados, de acordo com a idade da criança. Duplica-se o foco quando na família existe mais de que uma criança/jovem, registando-se nas especificações o nome do filho. No âmbito do Programa de Saúde Infantil são activados os fenómenos dirigidos à criança/jovem individualmente.

Papel de prestador de cuidados

Duplicar o foco de acordo com o número de prestadores.

Saúde Familiar: Avaliar o fenómeno em todas as famílias em que haja exercício do papel de Prestador de Cuidados direccionado à prestação de cuidados por dependência de um dos membros da família no Autocuidado. O fenómeno é activado de acordo com os critérios definidos.

Em todas as outras situações, que não dependência do Autocuidado, em que há necessidade de avaliar o conhecimento/aprendizagem do PC, mantêm-se os status actuais (exº: Ulcera de pressão, maceração, etc.).

Quando o PC não é membro da família (ajudante de saúde, vizinho, família alargada, etc) é documentado na Avaliação Familiar quem é o prestador de cuidados para cada Autocuidado. Nesta situação o conhecimento/aprendizagem do PC é documentado nos status associados aos fenómenos individuais, no âmbito do Programa de Saúde “Dependentes”, nos focos do Auto Cuidados

Processo Familiar

Avaliar em todas as famílias

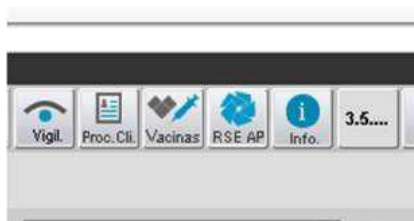
As áreas de atenção definidas para a Saúde Familiar estão incluídas na Avaliação Inicial, sendo activados os fenómenos no “Processo de Enfermagem” de acordo com os critérios descritos no Manual.

8. Sistema de Apoio ao Médico (SAM) com Dados de Avaliação Familiar e Focos Ativados

No Sistema de Apoio ao Médico é possível ter-se acesso à informação da avaliação estrutural em “Processo Familiar” e os focos e intervenções ativas na família em “Focos de atenção/diagnósticos”. Estes dados surgem sempre que a documentação dos cuidados for realizada no programa “Saúde da Família” no âmbito do utente.

Para aceder siga os seguintes passos:

- 1) Selecione “Processo Clínico”



Se seleccionar “Processo Familiar”, irá surgir a informação que seleccionou sobre a família relacionado com a Habitação, Escala de *Graffar*, Ciclo de *Duvall*, Tipo de Família, Risco Familiar *Garcia-Gonzalez* e Risco Familiar *Segovia Dreyer*.



Processo Familiar

Agrupação Familiar

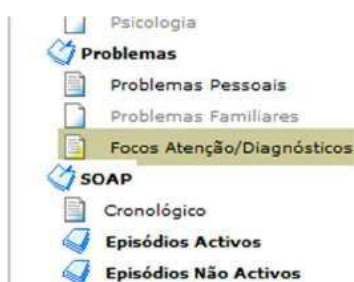
Processo Familiar - Habitação

TIPO DE LOCAÇÃO ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Subalugada HABITAÇÃO ☐ Anárquica ☐ Moradia ☐ Outra	CONDIÇÕES GERAIS DE SALUBRIDADE ☐ Zona Urbana Salubre ☐ Barraca ☐ Zona Urbana Insalubre	ÁGUA Distribuição ☐ Doméstica ☐ Trepada no quintal ☐ Potabilidade a menos de 100m de casa ☐ Potabilidade a mais de 100m de casa Origem ☐ Pública ☐ Semi-pública ☐ Particular	MODO DE LANÇAMENTO DOS DOCUMENTOS NO AMBIENTE ☐ Rede Pública ☐ Folha Sólida ☐ Outro Sistema ☐ Nenhum EXISTÊNCIA DE W.C. ☐ Na habitação ☐ Fora da habitação ☐ Inexistente

Processo Familiar - Graffar

Profissão Grandes industriais e comerciantes, Osetores de topo de grandes empresas administração pública, Profissionais liberais, Médicos industriais, comerciantes e	Instrução Doutorado Mestrado Licenciatura Bacharelado	Fonte de Rendimento Propriedade Outros rendimentos	Tipo de Habitação Lúxus Económica	Local de Residência Bairro elegante Rural

Se seleccionar “Focos de atenção/diagnósticos” irão surgir os Focos de atenção ativados e, se seguida, as intervenções.



Visibilidade dos cuidados de Enfermagem

A informação fica disponível no processo clínico, sendo visível para outros profissionais de saúde, tanto a nível dos cuidados de saúde primários como hospitalares.

Focos Atenção/Diagnósticos Enfermagem				
Foco	Data Início	Grupo	Status	Data Status
Adesão à Vacinação	2009-10-12 09:44	Demonstração	Demonstrado	2009-10-12 09:44
Especificação: adesão à vacinação demonstrado				
Adesão à Vacinação	2009-10-12 09:44	Presente / ausente	Presente	2023-03-20 12:20
Especificação: Adesão à vacinação				
Auto - Vigilância	2009-10-12 09:44	Conhecimento sobre auto-vigilância da mama	Demonstrado	2009-10-12 09:44
Especificação: conhecimento sobre auto-vigilância da mama no auto - vigilância demonstrado				
Auto Controlo: Infecção	2009-10-12 09:43	Conhecimento sobre susceptibilidade à infecção	Demonstrado	2009-10-12 09:43
Especificação: conhecimento sobre susceptibilidade à infecção no auto controlo: infecção demonstrado				
AUTO CUIDADO	2020-10-08 19:10	Dependência	Não Dependente	2023-03-20 12:19
Especificação: Independente no auto cuidado				
Comportamento de Adesão	2015-12-17 19:01	Demonstração	Demonstrado	2015-12-17 19:01
Especificação: comportamento de adesão demonstrado				
Comportamento de Procura de Saúde	2009-10-12 09:43	Conhecimento sobre comportamentos de procura de saúde	Demonstrado	2009-10-12 09:43
Especificação: conhecimento sobre comportamentos de procura de saúde no comportamento de procura de saúde demonstrado				
Processo Familiar	2023-05-04 16:14	Compromisso	Não Comprometido	2023-05-04 16:14
Especificação: Sem processo familiar comprometido				
Satisfação Conjugal	2023-05-04 16:13	Compromisso	Não Comprometido	2023-05-04 16:13
Especificação: Sem satisfação conjugal comprometida				
Uso de Tabaco	2021-11-12 08:41	Presente / ausente	Ausente	2023-03-20 12:18
Especificação: Sem abuso de tabaco				
Intervenções Ativas				
Intervenção	Data Início	Especificação		
Avaliar risco de diabetes tipo 2	2023-03-04 16:19			
Avaliar apgar familiar	2022-11-25 17:22			
Monitorizar uso de tabaco	2021-11-12 08:41			
Avaliar uso de tabaco	2021-11-12 08:41			
Vigiar resposta/reacção à vacina	2021-11-12 08:42			
Avaliar auto cuidado	2020-10-08 19:10			
Avaliar adesão à vacinação	2020-10-08 19:10			
Administrar vacina	2020-10-08 19:10			
Planear vacinação	2020-10-08 19:10			
Monitorizar parâmetros da urina	2018-05-16 13:48			
Monitorizar tensão arterial	2016-01-07 16:56			
Monitorizar peso corporal	2016-01-07 16:56			
Monitorizar perímetro abdominal	2016-01-07 16:56			
Incentivar adesão à vacinação	2016-01-07 16:56			
Monitorizar índice de massa corporal	2016-01-07 16:56			
Monitorizar altura	2016-01-07 16:56			
Ensinar sobre prevenção de infeção	2016-01-07 16:56			

ANEXO XXIX- Instrumento para Avaliação da Percepção dos Formandos da Ação de Formação

Avaliação da Percepção dos Formandos da Ação de Formação

Formação: Documentação dos Cuidados no Programa de Saúde “Saúde da Família” do SCLinico®

Data: 26 / 05 / 2023

Local: Sala Reuniões USF

Formadora: Dayane Alessandra Cardoso Carvalho (aluna do MECESF)

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 adequado”, 3 “adequado” e ao valor 5 “muito adequado” 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 - FORMADORA	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 Horário 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					

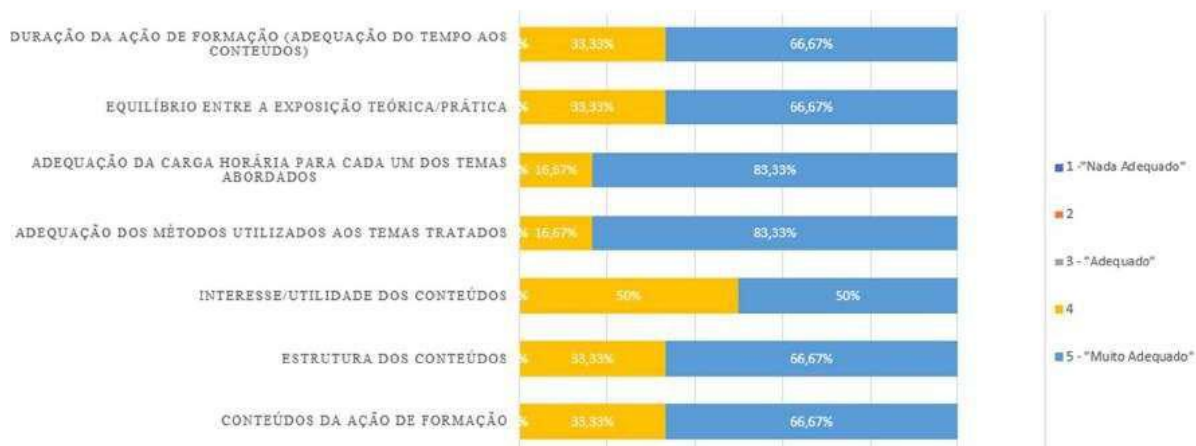
E - Críticas/Sugestões/Comentários

Grata pela Atenção

ANEXO XXX- Análise da Perceção dos Formandos da Ação de Formação Ministrada

Avaliação da Formação

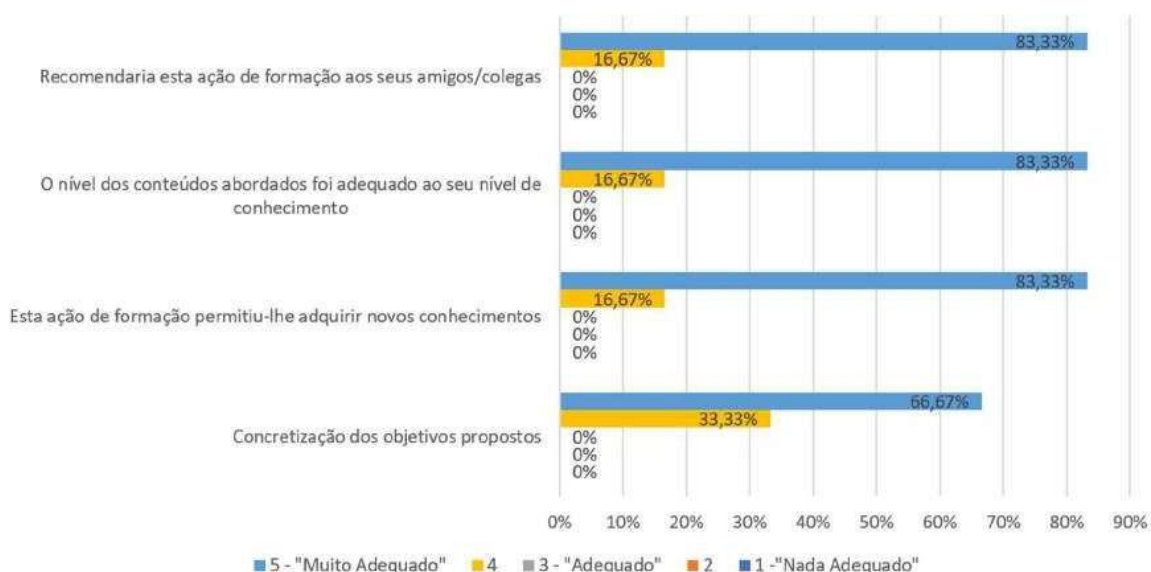
Adequação dos Conteúdos Programáticos e Métodos



Avaliação da Formadora



Avaliação Global da Formação



ANEXO XXXI- Análise das respostas ao questionário pós-formativo

1. Conhece o referencial teórico e operativo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)?

6 respostas



1.1 Refira o que conhece deste modelo no âmbito da avaliação estrutural.

6 respostas

Modelo que permite conhecer melhor a realidade sócio-económica dos utentes e respetiva realidade hospitalar.

A avaliação do processo familiar

Estrutura familiar

Este modelo permite avaliar o rendimento familiar, o tipo de edifício residencial, precauções de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico

Rendimento familiar, animal doméstico, edifício residencial

Diagnósticos e intervenções

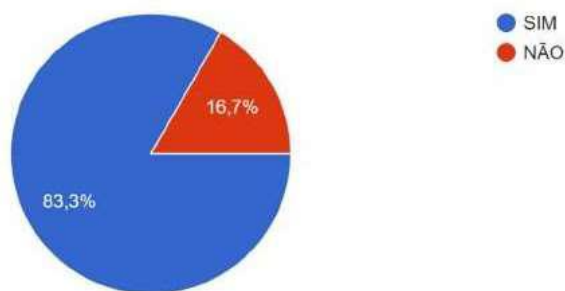
2. Tem conhecimento sobre a existência do programa "Saúde da Família" no SClínico ® ?

6 respostas



3. Identifica vantagens no registo dos dados no programa “Saúda da Família” no SClinico® ?

6 respostas



3.1 Se sim, quais?

4 respostas

Maior conhecimento da família

Avaliação das condições de vida e salubridade de toda a família e os respetivos registos

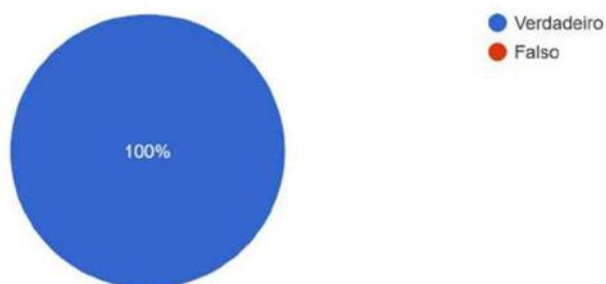
Diagnósticos diferenciais

Aprofundar conhecimento e registo sobre família

4. Responda com Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes afirmações:

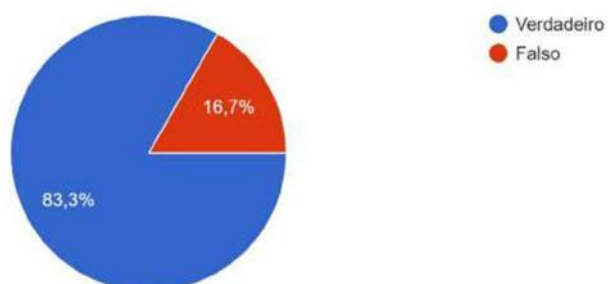
4.1 O tipo de família e a etapa do ciclo vital são dados que podem ser documentados em separador predefinido da Avaliação Inicial da Família.

6 respostas



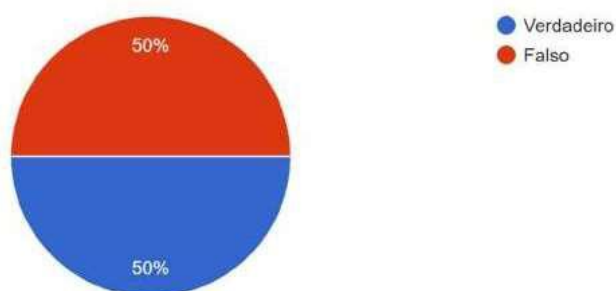
4.2 Uma das áreas de atenção da dimensão estrutural da avaliação familiar é o Processo Familiar.

6 respostas



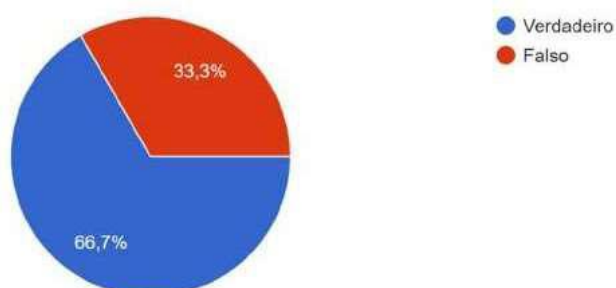
4.3 Para se realizar a documentação no processo clínico da família é necessário ativar o programa de "Saúde da Família" .

6 respostas



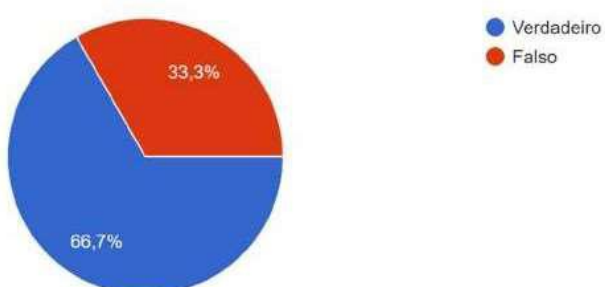
4.4 O genograma é um instrumento da avaliação estrutural que pode ser anexado em separador próprio da Avaliação Inicial da Família.

6 respostas



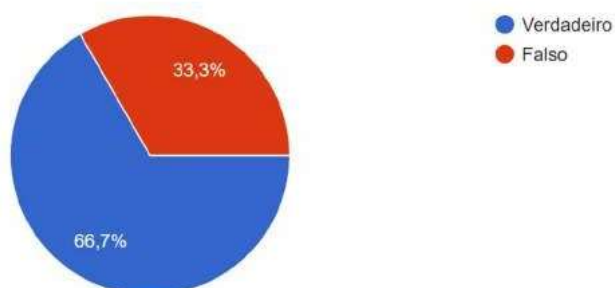
4.5 A possibilidade de avaliação da Classe Social da Família, através da Escala de Graffar em separador próprio, é um dos upgrades a fazer-se no SClinico®

6 respostas



4.6 Através do “Programa da Família” é possível identificar-se diagnósticos à família mas ainda não é possível planejar e documentar a execução de intervenções assim como avaliar o resultado das mesmas

6 respostas



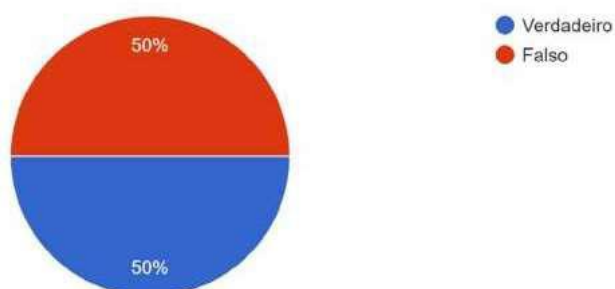
4.7 O Animal Doméstico é uma das áreas de atenção da avaliação estrutural

6 respostas



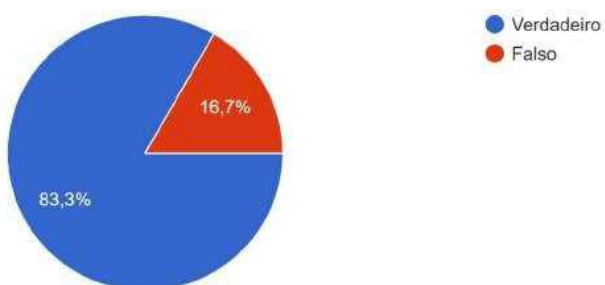
4.8 O Planeamento Familiar e o Edifício Residencial são áreas de atenção da avaliação estrutural

6 respostas



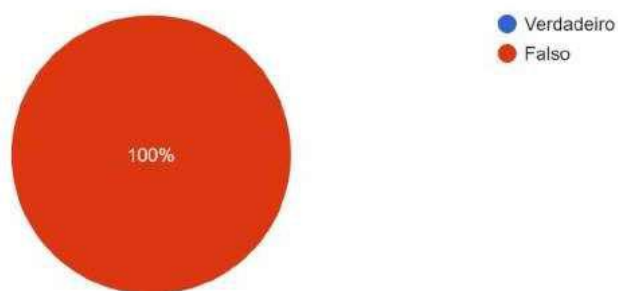
4.9 As condições de habitação são possíveis de documentar em separador próprio no SClínico®.

6 respostas



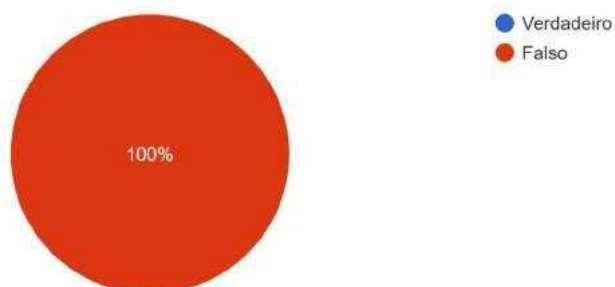
4.10 O Abastecimento de Água não releva para a prática de Enfermagem

6 respostas



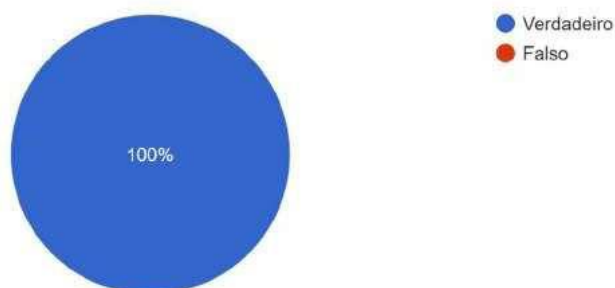
4.11 A consulta de Enfermagem no domicílio do utente é a única oportunidade de colheita de dados para a avaliação estrutural da família

6 respostas



4.12 A Precaução de Segurança é avaliada no âmbito da dimensão estrutural

6 respostas



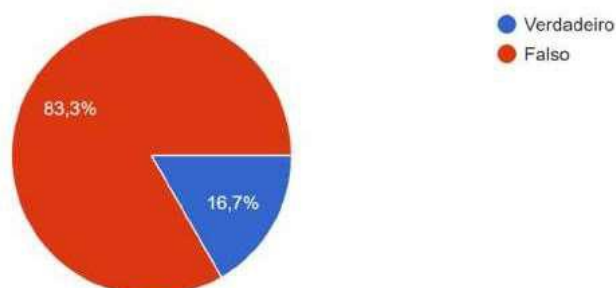
4.13 A avaliação do Rendimento Familiar é realizada apenas pela assistente social, saindo do âmbito dos cuidados de enfermagem

6 respostas



4.15 A documentação no “Programa Saúde da Família” é da competência apenas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

6 respostas



4.14 A documentação no “Programa Saúde da Família” pode ser feita de forma gradual, em várias consultas diferentes, conforme se colhem os dados

6 respostas



	Identificação de necessidades	Formulação de diagnóstico	Planeamento de intervenções	Execução de intervenções	Avaliação das intervenções
Rendimento Familiar	33,3% - 3 50% - 4 16,7% - 5	16,7% - 2 e 5 33,33% - 3 e 4	16,7% - 2 e 5 33,33% - 3 e 4	16,7% - 2,3,5 50% - 4	16,7% - 1,3,5 50% - 4
Edifício Residencial	50% - 3 50% - 4	50% - 3 50% - 4	50% - 3 50% - 4	50% - 3 50% - 4	50% - 3 50% - 4
Precaução de Segurança	50% - 3 50% - 4	50% - 3 50% - 4	50% - 3 33,3% - 4 16,7% - 5	50% - 3 33,3% - 4 16,7% - 5	16,7% - 2 e 5 33,33% - 3 e 4
Abastecimento de Água	16,7% - 3 50% - 4 33,3% - 5	16,7% - 3 50% - 4 33,3% - 5	16,7% - 3 50% - 4 33,3% - 5	16,7% - 3 e 5 66,7% - 4	16,7% - 3 e 5 66,7% - 4
Animal Doméstico	16,7% - 2,3,5 50% - 4	16,7% - 2,3 66,7% - 4	16,7% - 1,3 66,7% - 4	16,7% - 1,3 66,7% - 4	16,7% - 1,3 66,7% - 4

ANEXO XXXII - Matriz de Acompanhamento ao Desenvolvimento de Competências na Documentação dos Cuidados de Enfermagem na Dimensão Estrutural do “Programa de Saúde da Família” do SClínico®

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

	Itens Trabalhados	Momentos de Acompanhamento										Observações
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Foco	7. Prevenção de Segurança											
7.1 Intervenção de Diagnóstico	a) Avaliar Prevenção de Segurança											
	Avaliar Conhecimento sobre medidas de segurança											
7.2 Diagnóstico	a) Prevenção de Segurança Comprometida											
	b) Potencial para melhorar o conhecimento sobre medidas de segurança											
7.3 Intervenções	a) Gerir medidas de segurança											
	b) Incentivar medidas de segurança											
	c) Executar medidas de segurança											
	d) Negociar com a família medidas de segurança na habitação											
	e) Ensinar sobre medidas de segurança com dispositivos											
	f) Ensinar a família sobre medidas de segurança											
7.4 Genograma	a) Algum tipo de menção no processo											
7.5 Ecomapa	a) Algum tipo de menção no processo											
Observações	(Dificuldades, Facilidades, Evolução, Estratégias Utilizadas, Motivação no Processo)											

ANEXO XXXIII - Questionário de Avaliação da Percepção de competência dos enfermeiros na documentação dos cuidados da dimensão estrutural no programa Saúde da Família do SClínico®, após processo formativo

Questionário Avaliação (após finalização acompanhamento)

1.4 Como pontua a sua competência no sentido de abordar a família enquanto cliente? Assinale tendo em consideração que o 1 corresponde a “Totalmente Incompetente”, 3 corresponde a “Competente” e o 5 a “Totalmente Competente”:

	1	2	3	4	5	
Totalmente incompetente	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente competente

1.5 Como pontua a sua competência na focalização da família como um todo, quanto nos seus membros individualmente? Assinale tendo em consideração que o 1 corresponde a “Totalmente Incompetente”, 3 corresponde a “Competente” e o 5 a “Totalmente Competente”:

	1	2	3	4	5	
Totalmente incompetente	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente competente

1.6 Como pontua a sua competência na documentação dos cuidados às famílias no programa “Saúde da Família” no âmbito da avaliação estrutural? Assinale tendo em consideração que o 1 corresponde a “Totalmente Incompetente”, 3 corresponde a “Competente” e o 5 a “Totalmente Competente”:

1 2 3 4 5

Totalmente incompetente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente competente

2. Tendo em consideração a percepção acerca do seu grau de competência na documentação no âmbito da avaliação estrutural, responda o que melhor o descreve. Assinale tendo em consideração que o **1 corresponde a “Totalmente Incompetente”, 3 corresponde a “Competente” e o 5 a “Totalmente Competente”**, para os diferentes focos:

1 2 3 4 5

Totalmente incompetente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente competente

	Identificação de necessidades	Formulação de diagnóstico	Planeamento de intervenções	Execução de intervenções	Avaliação das intervenções
Rendimento Familiar	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Edifício Residencial	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Precaução de Segurança	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Abastecimento de Água	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Animal Doméstico	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ANEXO XXXIV - Comportamentos demonstrado no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL
Desenvolveu-se uma prática clínica pautada pelo respeito da situação social, política, religiosa étnica, ideológica, económica e os valores das famílias, tendo em consideração as diretrizes legais, éticas, morais e deontológicas que regulam a atividade do enfermeiro na área de ESF (REPE, Código Deontológico, Regulamento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF)
Efetuada o processo de tomada de decisão clínica em parceria com as famílias, suportado na melhor evidência científica, em consonância com as diretrizes acima referidas
Reflexão sobre questões éticas e morais que emergiram da prática clínica com as famílias em estudo, debatendo ideias com a enfermeira tutora, com a professora orientadora e os colegas de curso
Informadas as famílias em estudo sobre o projeto e pedido o consentimento verbal
Garantida a confidencialidade e a segurança da informação clínica, escrita e oral, adquirida
Feita gestão do ambiente físico da consulta, garantindo a intimidade e privacidade das famílias
Assegurado que os direitos e os deveres dos membros das famílias foram cumpridos

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE
Promovida a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados
Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas
Realizadas auditorias clínicas e avaliados os resultados obtidos
Supervisionados processos de melhoria da qualidade na documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da dimensão estrutural, do Programa Saúde da Família do SClínico®
Promovido um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e famílias

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS
Analisado com equipa da USF os recursos que disponíveis para realização das consultas às famílias
Garantida a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados.
Utilizado o MDAIF na avaliação e intervenção nas famílias
Realizada colaborado nas decisões da equipa de saúde no âmbito da enfermagem saúde familiar

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS
Utilizado o pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da ESF.
Frequentadas reuniões de acompanhamento com a professora orientadora, de forma periódica
Discutido estudo das famílias com a enfermeira orientadora cooperante
Realizada auto-avaliação da prática clínica através do uso da grelha de avaliação, no sentido de melhorar o desempenho a meio do ensino clínico e no final do mesmo

Feita reflexão sobre as interações enfermeiro/família e avaliação da sua efetividade, tanto nos ganhos em saúde familiar como individual de cada membro das famílias
Feita autoanálise dos recursos e limites pessoais/profissionais que poderiam influir no processo de aprendizagem
DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS (continuação)
Refletir sobre o percurso de aquisição de competências comuns e especializadas ao longo do estágio e nos seminários
Pesquisadas bases de dados científicas e revistas credenciadas para encontrar as evidências mais atuais para sustentar a prática clínica
Promovido o desenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua, através da frequência de ações de formação na área da gestão da DM: - <i>The role of diabetes educator</i>, promovido pela IDF School of Diabetes (o Conselho Europeu de Acreditação credencia este curso com 1 crédito na Continuing Medical Education - CME) - Webinar “<i>Breaking barriers for better access to diabetes care</i>”, promovido pela IDF School of Diabetes - XIV Fórum Internacional de Úlceras e Feridas da ELCOS (Mesa Redonda “<i>O Doente Diabético no SNS - um percurso a construir?</i>” e Conferência “<i>Educação e Comunicação em Saúde - motores de desenvolvimento organizacional</i>”) - Ciclo de Webinars “O Mês do Pé Diabético”, organizado pelo Grupo de Trabalho do Pé Diabético da APTF: “<i>A Dor no Pé Diabético</i>”; “<i>A Infecção no Pé Diabético nos Cuidados de Saúde Primários</i>”; “<i>Do Calo à Úlcera - o Pé Neuropático</i>” e “<i>Prevenção das Lesões do Pé Diabético</i>” - Ciclo de Webinars sobre DM, organizado pela Roche®: “<i>Boas Práticas na Gestão da Diabetes Tipo 2</i>”; “<i>O impacto na gestão da diabetes</i>”, “<i>Digitalização: O impacto na gestão da Diabetes</i>”; “<i>Vigiar a glicemia: Uma ferramenta para motivar</i>”; “<i>Update de guidelines no tratamento da Diabetes</i>” e “<i>Diabetes e os novos paradigmas alimentares</i>”.