

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM MEMBRO ADULTO
PORTADOR DE OBESIDADE

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Susana Almeida Martins Neves

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM
MEMBRO ADULTO PORTADOR DE OBESIDADE -
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

ASSESSMENT AND INTERVENTION IN FAMILIES
WITH AN ADULT MEMBER SUFFERING FROM
OBESITY - PROJECT FOR THE DEVELOPMENT OF
SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN THE FIELD OF
FAMILY HEALTH NURSING

Estágio profissional de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Maria de
Fátima Araújo e coorientado pela Professora Ana
Isabel Vilar

Susana Almeida Martins Neves

Porto, 2024

“Eu sou o meu único obstáculo.

Cada vez que me supero, é a mim que venço.

Não nasci para ser mais, melhor, menos,

nem pior do que ninguém, mas para vencer os MEUS limites.

Não CONCORRO com ninguém!

EU SOU O MEU PRÓPRIO DESAFIO.”

“Escolhi sonhar”

DEDICATÓRIA

Dedico este relatório ao meu marido que tanto me apoiou.

AGRADECIMENTOS

O meu caminho percorrido até aqui envolveu muito esforço e dedicação, mas só foi possível trilhar com o precioso e imprescindível contributo de algumas pessoas que gostaria de lembrar e de enaltecer. Em primeiro lugar, gostaria de agradecer às minhas orientadoras científicas, Professora Doutora Maria de Fátima Araújo e a Professora Ana Isabel Vilar por toda a sua ajuda, colaboração e paciência dedicadas durante esta importante etapa da minha vida.

Gostaria ainda de agradecer a todos os professores do mestrado com os quais tive o privilégio de crescer academicamente.

Agradeço também às minhas colegas de mestrado principalmente com a minha colega Lucinda Pacheco e Rita Rocha com quem tanto desabafei nos momentos mais difíceis.

Uma palavra especial de agradecimento à Coordenadora do Mestrado Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo pela sua partilha de conhecimentos e que estará para sempre no meu coração.

Agradeço também à equipa da USF que me acolheu em estágio, principalmente, à minha enfermeira orientadora cooperante.

Agradeço especialmente ao meu marido e aos meus filhos pela compreensão nos momentos em que não consegui estar presente, pelas palavras de entusiasmo nos momentos mais difíceis, pelas palavras de incentivo e essencialmente pela generosidade.

Agradeço aos meus filhos, que são a minha fonte de inspiração e que têm o dom de tornar melhores todos os dias da minha vida.

Aos meus pais que sempre me apoiaram no meu percurso académico.

RESUMO

A Enfermagem sempre reconheceu a importância da família na promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença dos seus membros.

O presente relatório reporta ao desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) e de competências comuns de Enfermeiro Especialista.

Os estágios decorreram numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) pertencente à região Norte. Foram definidos objetivos no sentido de prestar cuidados, a famílias com membro adulto portador de obesidade enquanto unidade de cuidados bem como aos seus membros individualmente, nos diferentes níveis de prevenção e promover a liderança e a colaboração em processos de intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar. O desenvolvimento das atividades no contexto de prestação de cuidados foi orientado pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, cuja matriz possui uma configuração dinâmica, flexível e interativa. Adota o pensamento sistémico como referencial epistemológico e as bases teóricas são o Modelo de Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família. As intervenções realizadas promoveram ganhos em saúde nestas famílias, capacitando-as para lidar com as transições que estão a vivenciar naquele momento. No contexto das intervenções destinadas à gestão da doença, articulação e mobilização de forças e recursos para a prestação de cuidados, destaca-se o contributo para o estabelecimento de uma cultura organizacional fundamentada na formação, prática e pesquisa. A reflexão sobre as atividades desenvolvidas permitiu enfatizar a relação entre o desenvolvimento de competências, tanto comuns quanto específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e a evidência científica atual, que, quando aplicada de maneira sistemática, teve impacto na prestação de cuidados à família como unidade, refletindo-se tanto no funcionamento do sistema familiar, quanto na saúde dos seus membros individualmente.

Palavras-chave: Família; Enfermeiro de Família; Saúde Familiar; Transgeracionalidade;

Membro adulto portador de Obesidade; MDAIF; Enfermagem de Saúde Familiar.

ABSTRACT

Nursing has always recognized the importance of the family in promoting and maintaining health and preventing illness among its members.

This report details the development of specific skills for the Specialist Nurse in Community Nursing within the field of Family Health Nursing alongside common skills necessary for the Specialist Nurse.

The internships took place in a Family Health Unit (USF) of a Group of Health Centers (ACES) located in the North region.

Objectives were defined to provide care to families with an adult member suffering from obesity, as a care unit as well as to their individual members, at diverse levels of prevention and to promote leadership and collaboration in Family Health Nursing intervention processes. The development of activities in the context of care provision were guided by the Dynamic Family Assessment and Intervention Model, characterized by dynamic, flexible, and interactive configuration.

It adopts systemic thinking as an epistemological framework, and the theoretical bases are the Calgary Family Assessment Model and the Calgary Family Intervention Model. The interventions conducted promoted health gains for these families, enabling them to deal with the transitions they were experiencing at that time. In the context of disease management interventions, efforts were focused on the articulation and mobilization of resources for care provision. These efforts contributed to establishing an organizational culture rooted in training, practice, and research. Reflecting on the activities carried out allowed us to emphasize the relationship between the development of skills, both common and specific to the Specialist Nurse in Community Nursing in the field of Family Health Nursing, and current scientific evidence, which, when applied systematically, had an impact in providing care to the family as a unit, reflecting both the functioning of the family system and the health of its individual members.

Keywords: Family; Family Nurse; Family health; Transgenerational; Adult member with Obesity; MDAIF; Family Health Nursing.

CHAVE DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

BI- CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários

CIPE - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

CVF - Ciclo Vital Familiar

DGS - Direção Geral da Saúde

DL - Decreto-Lei

ECESF - Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar

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

EF - Enfermeiro de família

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

GRT - Gestão do Regime Terapêutico

IDS - Indicadores de Saúde

IMC - Índice de Massa Corporal

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Processo Assistencial Integrado

PNAPAS - Plano Nacional de Promoção Alimentação Saudável

PNPAF - Plano Nacional de Promoção Atividade Física

PNV - Programa Nacional de Vacinação

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	vi
RESUMO	viii
ABSTRACT	x
CHAVE DE SIGLAS	xii
ÍNDICE DE QUADROS.....	xvii
ÍNDICE DE FIGURAS	xix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xxi
INTRODUÇÃO.....	23
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	28
1.1. Caraterização geral dos utentes da USF	30
1.2. Caracterização da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante.....	31
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	34
2.1. Família com Membro Adulto Portador de Obesidade	36
2.2. Enfermagem de Saúde Familiar.....	39
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	49
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	49
3.1.1. Família L.....	58
3.1.2. Família B	69
3.1.3. Ganhos em Saúde das Famílias.....	85
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	89
3.2.1. Articulação com Equipas de Saúde, mobilizando os recursos necessários para a Prestação de Cuidados à Família.....	90
3.2.2. Gestão do Sistema de Cuidados de Saúde Familiar aos diferentes níveis de prevenção.....	91
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	104

CONCLUSÃO.....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS.....	128
ANEXO I – Família C	
ANEXO II – Família M	
ANEXO III – Cronograma de Atividades	
ANEXO IV – Checklist para análise da documentação dos cuidados no âmbito das Dimensões Estrutural, Desenvolvimento e Funcional no programa “Saúde da Família” do SClínico.	
ANEXO V – Indicadores de Processo.....	
ANEXO VI – Indicadores de Resultado	
ANEXO VII – Planejamento do Processo Formativo	
ANEXO VIII – Plano da Sessão Formativa.....	
ANEXO IX – Questionário de levantamento de necessidades de formação	
ANEXO X – Questionário de avaliação da formação.....	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Problemas de Saúde dos Utentes da Lista da Enfermeira Orientadora Cooperante mais prevalentes no ano de 2022.....	32
Quadro 2 - Avaliação da área de atenção Planeamento Familiar, na subárea Fertilidade da Família L.....	62
Quadro 3 - Avaliação da área de atenção Satisfação Conjugal, nas subáreas Relação Dinâmica, Comunicação, Interação Sexual e Função Sexual da Família B.....	73
Quadro 4 - Avaliação da área de atenção Processo Familiar, nas subáreas Comunicação Familiar, Coping Familiar, Interação de Papéis e Relação Dinâmica da Família B	78

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide etária da população inscrita na USF em abril de 2023	30
FIGURA 2: Genograma da Família L.....	59
FIGURA 3: Ecomapa da Família L.....	60
FIGURA 4: Genograma da Família B	70
FIGURA 5: Ecomapa da Família B.....	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultado para as questões relativas ao Conhecimento/ Prática de documentação/ Dificuldades percebidas na documentação/ Pertinência da realização de uma formação sobre o programa “Saúde da Família”	96
Gráfico 2: Resultados das questões relativas ao Conhecimento/ Dificuldades percebidas na documentação/ Pertinência da formação antes da formação sobre o Modelo “MDAIF”	97
Gráfico 3: Resultados das questões relativas ao Conhecimento/ Prática de documentação/ Dificuldades percebidas na documentação/ Pertinência da formação após a formação sobre o programa “Saúde da Família”	101
Gráfico 4: Resultados das questões relativas ao Conhecimento/ Dificuldades percebidas na documentação/ Pertinência da formação após a formação sobre o MDAIF.....	102

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito das Unidade Curriculares de Estágio de natureza profissional Módulo I e II, inseridas no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto e que decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) pertencente à região Norte de Portugal.

Conforme preconizado para este estágio, a intervenção nas famílias como unidade de cuidados, foi a base para todo o percurso realizado, tendo como finalidade a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF). O enfermeiro especialista é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº140/2019, p.4744).

Desta forma, pretende-se a aquisição de competências especializadas no âmbito da abordagem sistémica da saúde familiar, objetivando a família enquanto unidade de cuidados, e cada um dos seus membros individualmente, aos diferentes níveis de prevenção, promovendo a sua capacitação (Regulamento nº367/2015, OE), através de uma prática de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) baseada na melhor evidência científica disponível (Regulamento n.º 428/2018, OE). Para além disso, pretende contribuir para a melhoria da avaliação e intervenção familiar, bem como, para a otimização da documentação dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito do programa da “Saúde da Família” e para uma reflexão sobre os indicadores de saúde (IDS) relativos à Saúde Familiar.

Definiram-se objetivos gerais que têm por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019) que enfocam a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais que vão de encontro às competências específicas do EEECESF (Regulamento n.º 428/2018, OE), nomeadamente: desenvolver competências específicas em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar

no sentido de cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, bem como dos seus membros individualmente, ao longo do Ciclo Vital Familiar (CVF) e aos diferentes níveis de prevenção; desenvolver competências que promovam a liderança e a colaboração em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Em relação aos objetivos pessoais para este relatório, procura-se que este documento traduza uma perspetiva analítica e sustentada do percurso desenvolvido e toda a intervenção realizada dando visibilidade às competências adquiridas e aos ganhos em saúde obtidos no âmbito da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente através da implementação de projetos de intervenção, de forma a promover um maior destaque da profissão de Enfermagem. Este relatório incidirá no cuidado às famílias com membro adulto portador de obesidade, preparando-os para mudanças de estilo de vida na família, de forma a contribuir para a mestria das mesmas e dos seus membros durante todo o processo, mobilizando as suas forças e recursos e contribuindo para a otimização do processo familiar. “Os cuidados de enfermagem à família têm como centro a família como unidade de cuidados” (Ribeiro et al., 2021, p.20), e o enfermeiro de família, pela sua proximidade com a mesma e pela sua atuação ao longo do seu CVF, encontra-se numa posição privilegiada para a cuidar. Por conseguinte, para nortear o desenvolvimento deste projeto, como anteriormente referido, serão usados alguns dos pressupostos de várias teorias e modelos de cuidados centrados na família. O Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF) (Shajani & Snell, 2023; Wright e Leahey, 2013) avaliam, de forma transversal, a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiares. O Modelo de Calgary tem como princípios conceituais a teoria geral dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança, influenciados também pelo pós-modernismo e pela biologia da cognição (Monteiro, 2019). As dimensões e subdimensões avaliativas devem ser analisadas numa lógica de relevância para o processo terapêutico num determinado momento do CVF, pelo que pode não ser adequada a sua avaliação integral (ibidem). O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), baseado nos Modelos de Calgary, abordam a família como unidade, focando-se na interação entre os seus membros, sendo necessário considerar cada membro da família como um subsistema. Enquanto modelo teórico-operativo, “pretende proporcionar um quadro de referência para a prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento (...)” (Figueiredo, 2012, p.3). A intervenção familiar sistémica deve enfatizar a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas. O Modelo das Forças da Família de Gottlieb (2013)

ênfatisa a necessidade de reconhecer e fortalecer a resiliência e os recursos internos da família para enfrentar adversidades e promover o desenvolvimento saudável, destacando a importância das interações familiares, do apoio social e da coesão familiar como fatores que promovem o bem-estar e a adaptação positiva (Gottlieb, 2014). A prática de enfermagem baseada nas forças tem as suas raízes nos princípios do cuidado centrado na pessoa/família, no empowerment, no cuidado relacional, e na saúde e cura inatas (Gottlieb & Gottlieb, 2017). O Modelo de Olson (Olson 2000, 2011) descreve as dimensões da coesão e adaptabilidade familiar, refletindo o nível de funcionamento familiar. A adaptabilidade familiar reflete a flexibilidade das famílias para lidar com mudanças; a coesão corresponde à solidez dos laços emocionais entre os membros da família em áreas como: o tempo que passam juntos, o espaço compartilhado, as redes sociais sobrepostas, a tomada de decisão baseada no consenso e os interesses compartilhados (Olson, 2000, 2011; Zhang et al., 2023). Assim, este modelo fornece uma base para compreender e promover a saúde familiar, visando a melhoria do funcionamento familiar e o bem-estar de todos os membros. Em particular na transição saúde/doença, o nível de coesão e adaptabilidade familiar poderá ter influência na ocorrência de depressão e conflitos conjugais, afetando, por conseguinte, a satisfação conjugal e a interação dinâmica diádica (Jiménez-Picón et al., 2021; Zhang et al., 2023). Na abordagem ao indivíduo optou-se pela Teoria das Transições de Meleis (2010), a qual propõe que as transições são eventos significativos que ocorrem ao longo da vida e que envolvem mudanças nas funções, papéis e identidades das pessoas. Esta teoria destaca a importância da preparação, adaptação e mobilização de recursos durante essas transições para promover o bem-estar e a saúde. Uma abordagem integrativa é fundamental para uma prática de cuidados de enfermagem à família, permitindo oferecer cuidados mais inclusivos, abrangentes e personalizados, baseados na melhor evidência disponível. A escolha da temática “Avaliação e intervenção em famílias com membro adulto portador de obesidade” deveu-se ao facto de se verificar que por vários fatores, o exercício da prática recorrente do enfermeiro nos cuidados de saúde primários (CSP) centrar-se essencialmente no cuidado ao indivíduo, sendo menos frequente a prática e implementação de intervenções relacionadas com uma avaliação sistematizada do sistema familiar dirigidas à capacitação da família; o estudo realizado durante o período de Estágio Modulo I de uma amostra da lista da enfermeira orientadora cooperante ter revelado uma elevada prevalência desta patologia e pela complexidade da gestão da doença obesidade e as complicações que lhe estão associadas, assim como a importância da família como unidade de cuidados e não apenas dos seus membros individualmente.

A análise sociodemográfica de 60 famílias da lista da enfermeira orientadora cooperante revelou que o tipo de famílias prevalente era a família nuclear (78%), seguindo-se os outros tipos de famílias: a família alargada (9%), a família unipessoal (7%), a família monoparental (3%) e a família reconstruída (3%). Na análise dos subsistemas familiares, o subsistema conjugal (marido e mulher) era o mais prevalente (37%), seguido pelo subsistema fraternal/filial (31%). Em relação ao ciclo vital familiar, predominavam as famílias nucleares (78%), distribuídas em cinco etapas: (1) Formação de casal (7%); (2) Família com filhos pequenos (10,7%); (3) Família com filhos na escola (2%); (4) Família com filhos adolescentes (15%) e (5) Família com filhos adultos (43,3%). Na avaliação da Classe Social através da escala de Graffar Adaptada, concluiu-se que a maioria das famílias pertenciam à Classe Média (80%), seguida pela Classe Média Alta (17%) e Classe Média Baixa (3%).

Quanto às condições habitacionais, 53% das famílias viviam em residências de grau 3, com boas condições estruturais e de saneamento. Não houve registos de condições habitacionais graus 1 e 5. A maioria das famílias com membros portadores de obesidade estava na etapa do ciclo vital Família com filhos adultos, seguida pelas etapas Família com filhos pequenos, Família com filhos na escola e Família com filhos adolescentes. As doenças crónicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias e doença pulmonar obstrutiva crónica eram frequentes. A obesidade era a doença crónica mais prevalente, afetando 39% das famílias. Os membros portadores de obesidade, 21% eram também portadores de diabetes e hipertensão, e 18% não eram portadores de doenças crónicas), o que se traduz numa maior procura de cuidados de saúde, nomeadamente no âmbito das consultas de Hipertensão arterial, Diabetes e consulta de Saúde de Adultos. A idade média dos membros das famílias era de 47,4 anos. A equipa multidisciplinar da USF identificou a obesidade como um problema, no seu Plano de Ação para 2023, criando ainda um Processo Assistencial Integrado (PAI) relacionado com a obesidade, o que levou à necessidade de encontrar estratégias para controlar os fatores de risco inerentes e evitar as suas complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O relatório descreve de forma sucinta e sistematizada as atividades realizadas em contexto clínico, com a consequente aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares teóricas do curso de Mestrado. Encontra-se estruturado em quatro capítulos que se conectam entre si. O primeiro capítulo reporta-se à caracterização do contexto clínico. O segundo capítulo concerne ao enquadramento teórico que suporta a prática clínica desenvolvida. No terceiro capítulo descrevem-se as atividades da componente clínica realizadas: avaliação e intervenção familiar às diferentes famílias e aos seus membros individualmente e outras atividades desenvolvidas referentes à liderança e colaboração nos

processos de intervenção no âmbito da ESF, que visaram dar resposta aos objetivos gerais e específicos dos estágios. Os contributos para o desenvolvimento de competências inerentes ao EEECESF estão espelhados numa perspetiva critico-reflexiva, no quarto capítulo. Na conclusão apresentam-se as principais reflexões sobre o contributo deste percurso no desenvolvimento pessoal e profissional.

Na realização deste documento foram utilizadas as normas de elaboração e apresentação dos trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A Unidade de Saúde Familiar (USF) onde foram realizados os estágios, constitui uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares e está integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) na região norte de Portugal (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto). Durante a realização dos módulos de estágio ocorreu uma mudança na organização dos Cuidados de Saúde Primários, tendo esta USF, que antes pertencia à Administração Regional de Saúde do Norte (ARS), passado a integrar a partir de 01 de janeiro de 2024, uma Unidade Local de Saúde (ULS), de acordo com o definido no Decreto-Lei nº102/2023 de 7 de novembro. Esta USF detém autonomia organizativa, funcional e técnica para a prestação de cuidados de saúde aos utentes inscritos (Unidade Saúde Familiar, 2023).

A USF tem como missão a prestação de cuidados de saúde que assegurem a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. São ainda valores da USF o respeito pelo direito humano a uma saúde prestada com dedicação, cooperação e qualidade, ética, ambição, transparência, disponibilidade, atitude aprendente, lealdade, responsabilidade e confiança mútua entre os seus elementos e a comunidade a quem serve, a responsabilidade partilhada de tomada de decisões e o espírito de equipa (Sistema Nacional de Saúde, 2023).

A USF tem como área de influência de atuação uma freguesia pertencente a um concelho da região norte do país com uma área total 75,12km², 94795 habitantes, com uma densidade populacional de 1268,9 habitantes/km². O índice de dependência total em Portugal aumentou no período entre 2011 e 2019 de 51,4 para 55,6 (jovens e idosos) por cada 100 pessoas em idade ativa. No que respeita aos dados relativos ao concelho onde a USF se insere, estão disponíveis dados de 2021, que indicam que a população está a tornar-se cada vez mais envelhecida, uma vez que o índice de envelhecimento em 2021, situava-se em 144,3 (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

O horário de funcionamento da USF é compreendido entre as oito e as vinte horas, nos dias úteis, estando publicitadas à população as alternativas de serviços de saúde para atendimento fora deste horário.

A equipa da USF presta cuidados à população inscrita privilegiando a consulta programada de vigilância, quer na USF, quer em contexto domiciliário, disponibilizando simultaneamente consultas em situação de doença aguda.

A USF funciona no 2º piso do edifício do Centro de Saúde, edifício este partilhado com outra USF que se localiza no rés-do-chão, com uma Unidade de Cuidados à Comunidade, com um Centro de Diagnóstico Pneumológico e um Pólo da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACES.

A USF caracteriza-se por uma sinergia funcional entre todos os grupos profissionais, o que permite a manutenção de uma proximidade essencial ao bom funcionamento da unidade e relacionamento entre todos os elementos (Sistema Nacional de Saúde, 2023).

A equipa multiprofissional é constituída por oito médicos, oito enfermeiras (uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública) e seis secretárias clínicas. Também conta com a colaboração de uma assistente operacional e um vigilante durante todo o período de funcionamento da USF. A USF tem ainda um carácter colaborativo com a formação inicial e especializada em Medicina e Enfermagem, estando neste momento a colaborar na formação de quatro médicos internos. Para além da estrutura interna geral referida, esta USF tem um modelo de organização multidisciplinar, estruturado em oito equipas compostas por um Médico de Família, Enfermeiro de Família e Secretário Clínico (ibidem).

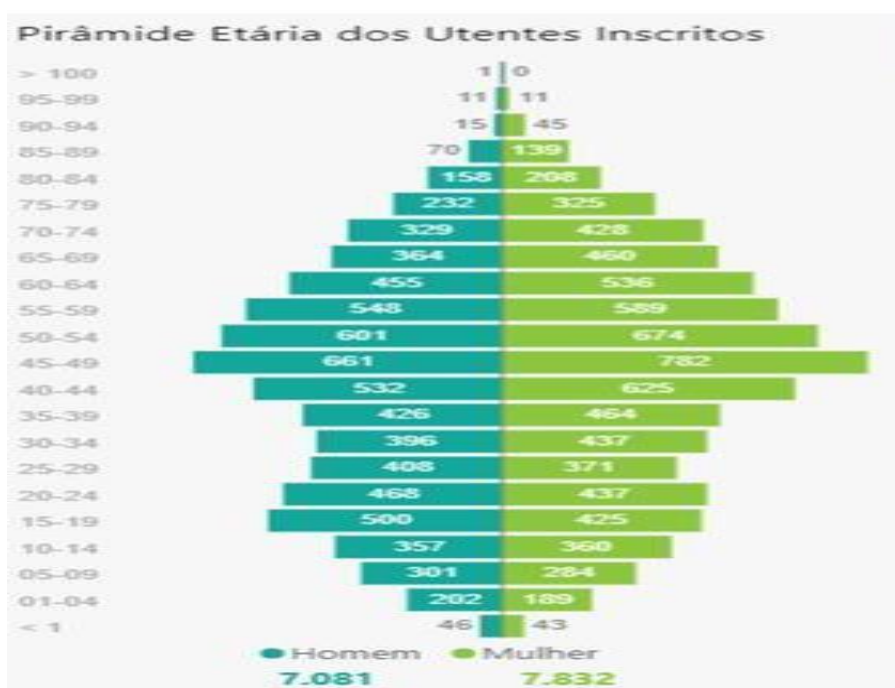
De acordo com a Carta de Compromisso para o ano de 2023, a USF comprometeu-se a manter o foco na melhoria do seu desempenho assistencial. No ano 2023 a equipa tem uma nova área de prioridade: o rastreio do cancro do colo do útero como nova área de prioridade de atuação, com o objetivo de aumentar o número de mulheres elegíveis com este rastreio atualizado, e manter o foco no acesso, com vista à melhoria dos indicadores nesta área; manter o plano de acompanhamento interno relativo à Obesidade (ibidem).

Em 2023, a USF também teve a visita de acompanhamento da Equipa de Acreditação e o objetivo foi manter o nível de avaliação de qualidade (ibidem).

1.1. Caraterização geral dos utentes da USF

A USF, em abril de 2023, apresentava 14913 utentes inscritos, correspondendo a 18668 unidades ponderadas de acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) (SNS, 2023). Segundo a mesma fonte, o índice de dependência da população inscrita situava-se nos 44,3%, valor menor que a média nacional (Direção Geral de Saúde, 2022), sendo que 27,05% correspondia à dependência dos idosos e 17,24 % nos jovens (Sistema Nacional de Saúde, 2023). A Figura 1 representa a pirâmide etária da população inscrita na USF, por sexo e por idade, com dados referentes a abril de 2023.

Figura 1 - Pirâmide etária da população inscrita na USF em abril de 2023



Fonte: BI-CSP

Da análise da pirâmide, verifica-se que a percentagem de mulheres é superior à dos homens e que a faixa etária mais prevalente é a mesma em ambos os sexos, correspondendo ao grupo etário dos 45-49 anos. A pirâmide apresenta uma base e um topo mais estreitos que o corpo, característica dos países desenvolvidos, o que demonstra que a maioria da população se situa na idade adulta ativa, o que vai de encontro aos Censos 2021, em que 67,1% da população se encontraria em idade ativa na região em que a USF se insere (FFMS, 2023).

1.2. Caracterização da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante

A lista da Enfermeira Orientadora Cooperante em maio 2023 era constituída por 1825 utentes (46,41% do sexo masculino e 53,59 % do sexo feminino), correspondendo a 714 famílias (Fonte: MIMUF USF, 2023). Segundo o Regulamento nº743/2019, a dotação adequada dos enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências, são elementos essenciais para alcançar índices de segurança e qualidade nos cuidados de saúde prestados à população alvo e às organizações. Para isso, é crucial utilizar metodologias e critérios que permitam adequar os recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (Regulamento nº743/2019, 2019). O cálculo de dotação adequada não se deve limitar ao critério do número de horas de cuidados por indivíduo e por dia, nem aos tempos médios utilizados em determinados procedimentos. Internacionalmente há consenso de que a definição de um rácio apropriado deve considerar também aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a descentralização dos serviços, a formação e a pesquisa a realizar (Regulamento nº743/2019, 2019).

Em Portugal, o rácio de utentes por enfermeiro nas USF consta da lei que regulamenta o funcionamento das USF, postulando que cada enfermeiro deve responsabilizar-se pela prestação de cuidados a 1550 indivíduos, ou 1917 unidades ponderadas, correspondendo a um valor médio de 350 famílias. Este valor está muito longe da realidade da lista de famílias da enfermeira orientadora cooperante, que inclui 714 famílias, quase o dobro da dotação adequada, o que leva à conclusão de que o serviço não está dotado de enfermeiros em número adequado à população inscrita (Regulamento nº743/2019, 2019).

No Quadro 1 apresentam-se identificados os problemas de saúde mais prevalentes nos utentes da lista da enfermeira orientadora cooperante, referentes ao ano de 2022, de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (CIPE®).

Quadro 1 – Problemas de Saúde dos Utentes da Lista da Enfermeira Orientadora Cooperante mais prevalentes no ano de 2022

Problemas de Saúde	Nº de Utentes com diagnóstico
Excesso de Peso	532
Abuso do Tabaco	351
Hipertensão	274
Obesidade	262
Perturbações depressivas	248
Alterações do metabolismo	244
Distúrbio da Ansiedade	143
Diabetes Não Insulino-dependente	110
Síndrome vertebral com irradiação de dores	107
Alterações funcionais do estômago	90

Fonte: MIMUF (2023)

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (Direção Geral de Saúde, 2022), as três maiores causas de mortalidade em Portugal no período compreendido entre 2017 e 2022, em todas as idades e em ambos os sexos são, por ordem decrescente de intensidade, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. Em relação às primeiras, algumas das causas que contribuem para o seu desenvolvimento coincidem com alguns dos problemas de saúde representam as causas que contribuem para estas doenças no quadro acima, como o excesso de peso, a obesidade, a diabetes, a dislipidemia e a hipertensão arterial. Cerca de um terço de todas as mortes registadas em 2019 podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais modificáveis (OCDE, 2021). O excesso de peso e a obesidade constituem problemas de saúde pública cada vez mais prevalentes nos adultos e jovens (ibidem). Em 2018, 22% dos jovens com 15 anos tinham excesso de peso ou eram obesos, um valor superior à média europeia (ibidem). O baixo nível de exercício físico é um fator que tem contribuído para o aumento das taxas de excesso de peso e de obesidade (ibidem).

O conhecimento dos problemas de saúde mais prevalentes na lista de utentes da enfermeira orientadora cooperante permite a gestão dos cuidados aos utentes e a planificação das consultas de uma forma mais dirigida e adequada. Para além disso, com esta avaliação, o Enfermeiro de Família (EF) pode perceber que tipo de intervenções preventivas poderá

implementar e que complicações pode esperar que surjam decorrentes destes problemas de saúde e dessas patologias e que possam exigir cuidados de saúde mais frequentes e de maior complexidade.

Decorrente desta avaliação e dada a prevalência da obesidade na população portuguesa e na lista da enfermeira orientadora cooperante fica evidente a pertinência da avaliação e intervenção em famílias com membro adulto portador de obesidade.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A família, como unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como um espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros, sendo uma unidade com energia e capacidade de auto-organização (Figueiredo, 2012). Para compreender a família e a comunidade, é essencial conceitualizá-las através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade, considerando tanto a história da família como o seu contexto (ibidem). É necessário ampliar o foco de observação do indivíduo para a família, compreender a sua complexidade através das relações intra-sistémicas e inter-sistémicas, aceitando os seus processos de auto-organização e reconhecendo a sua participação no sistema, validando possíveis realidades (ibidem). Compreender a estrutura, os processos de desenvolvimento e o estilo de funcionamento das famílias permite efetivar uma prática direcionada à capacitação funcional das famílias, considerando as exigências e especificidades do seu ciclo vital familiar (ibidem). Conceber a família como unidade de transformação, identificando-se como um sistema social autodefinido que recria funções específicas ao longo do seu desenvolvimento, permitirá ampliar o foco para uma visão mais apreciativa dos seus potenciais, o que exige uma reflexão processual face à complexidade dos contextos de ação onde se desenvolvem as interações com as famílias, justificando uma prática cada vez mais proficiente que responda aos desafios atuais decorrentes das novas necessidades de saúde das famílias (ibidem).

A família pode ser considerada como um organismo vivo, um sistema dinâmico formado por subsistemas e suas interações, com capacidade autónoma para regular os seus processos estruturais e funcionais, ou seja, reestruturar-se (Ferreira et al., 2020; Silva et al., 2022). Isto permite-lhe, adaptar-se e evoluir ao longo do tempo, mantendo a sua organização e identidade própria (ibidem). Uma definição de família é essencial, especialmente na enfermagem, pois os enfermeiros trabalham com famílias de estruturas tradicionais e não tradicionais. Essa perspetiva reconhece o conceito de família de forma sistémica, integrando variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada principalmente por vínculos afetivos (Figueiredo, 2012). Reconhecendo a complexidade do sistema familiar, é importante que se agreguem as suas dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem

uma identidade resultante da reciprocidade dos processos de interação com o ambiente, que em conjunto com todas as outras características já referidas definem a família como um sistema autopoietico e evolutivo (ibidem).

Destaca-se também a interdependência entre os seus membros, expressa nos processos interacionais que promovem construções evolutivas inerentes à sua complexidade e multidimensionalidade, que congrega valores, conhecimentos e práticas num espaço relevante de socialização e humanização (Figueiredo & Spínola, 2023). Todas as famílias possuem uma herança cultural e uma história que é parte integrante da saúde e da vida familiar (ibidem).

As famílias desempenham funções a um nível microssistémico, que se estendem desde a função reprodutora, a funções relacionadas com as necessidades humanas básicas de alimentação, segurança, proteção e apoio mútuo, além da promoção de um espaço para a expressão da sexualidade, através da criação de um espaço de intimidade e afeto que promova o desenvolvimento pessoal dos membros, com respeito pela dignidade individual (ibidem).

As funções afetivas da família satisfazem as necessidades emocionais dos seus membros, oferecendo estabilidade emocional e suporte frente a pressões externas. Atualmente, a função afetiva da família é vital, expressando-se nas relações pessoais e duradouras entre seus membros, sendo central no processo de construção da identidade individual e na promoção da maturidade (ibidem). O crescimento de cada membro acompanha o crescimento da família como unidade, num processo interacional que contribui para a individualização e autonomia e, simultaneamente para o desenvolvimento do sentimento de pertença (ibidem).

A família constitui-se como um espaço de transmissão cultural e de valores (ibidem). É na família que se transmitem crenças e valores familiares, garantindo a continuidade cultural familiar através de um quotidiano repleto de significados, rituais e mitos sociais e da construção das relações afetivas entre os seus membros (ibidem). Este espaço interacional também tem uma função de estabilidade normativa, visando a aceitação dos valores sociais pelos seus membros. O sistema de valores desenvolvido pela família, expresso pelas crenças, atitudes e comportamentos dos membros, influencia o processo de saúde, sendo a família o contexto primário para a evolução da saúde dos indivíduos. A organização familiar pode promover ou não comportamentos de saúde (ibidem).

2.1. Família com Membro Adulto Portador de Obesidade

A obesidade é uma doença crónica, complexa definida por adiposidade excessiva que pode prejudicar a saúde. A sua classificação é efetuada com base nos resultados do Índice de Massa Corporal (IMC) e do perímetro abdominal, são atribuídas as seguintes classificações para adultos (excesso de peso: $25 > 29,9 \text{ kg/m}^2$; obesidade: $> 30 \text{ kg/m}^2$; obesidade classe I: $30 > 34,9 \text{ kg/m}^2$; obesidade classe II: $35 > 39,9 \text{ kg/m}^2$; obesidade classe III (obesidade grave): $> 40 \text{ kg/m}^2$ (Organização Mundial de Saúde, 2023).

A obesidade é fruto de complexas interações entre fatores biológicos, comportamentais, psicossociais, genéticos e ambientais, nomeadamente os que contribuem para uma adoção de padrões alimentares desadequados e os fatores que promovem os comportamentos sedentários, devendo ser considerados pelos profissionais de modo a auxiliar na autogestão (Delfino, 2021). Atualmente observa-se um aumento da prevalência da obesidade à escala mundial, sem que existam distinções geográficas ou étnicas expressivas. Face a esta dispersão e à evolução aparentemente incontável do número de pessoas afetadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) designou a obesidade como a “Epidemia do século XXI”, persistindo como um desafio subestimado, associado a estigmas e preconceitos que dificultam uma abordagem eficaz (Organização Mundial de Saúde, 2023).

Conforme os dados revelados pela OMS em 2023, mais de 700 milhões de adultos vivem com obesidade. Na União Europeia, cerca de 22,9% dos adultos são obesos, com diferenças significativas entre os países membros (Eurostat, 2024). No mundo, a obesidade é predominante entre os adultos. Em Portugal, a prevalência de obesidade quadruplicou nos últimos 40 anos em ambos os sexos. O Inquérito Nacional de Saúde de 2019 revela que a obesidade afeta 1,5 milhões de adultos portugueses, representando 16,9% da população. No entanto, de acordo com as estatísticas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a prevalência de obesidade em Portugal é ainda maior, atingindo 28,7% segundo o relatório “Health at a Glance 2020”. Doenças crónicas como a doença renal, a osteoartrite, o cancro, a diabetes tipo 2, a apneia do sono, a doença hepática gordurosa não alcoólica, a hipertensão arterial e, de forma mais crucial, as doenças cardiovasculares, estão intimamente ligadas à obesidade (Melo, 2020).

Numa abordagem sistémica quando um indivíduo é portador de uma ou mais doenças, todo o sistema familiar é afetado e a ESF não deve limitar-se apenas à pessoa portadora da doença, mas sim promover o envolvimento de toda a família. Ao abordar a dinâmica familiar ao longo de três ou mais gerações procura-se compreender como o passado influencia o presente, não se centrando na patologia individual, mas sim na compreensão de como as famílias, ao longo das gerações, desenvolvem padrões de comportamento e respostas ao stress que impedem o desenvolvimento saudável dos seus membros (Machado et al., 2023). A perceção do desenvolvimento de padrões, resolução de problemas passados e interação familiar permite que indivíduos e famílias com problemas desenvolvam novas formas de atuação, prevenindo sintomas patológico membros (ibidem). Uma prática profissional de enfermagem de excelência requer a aplicação de modelos que autonomizem, responsabilizem e guiem a prestação de cuidados.

Entre os referenciais da família, a Teoria Geral dos Sistemas foi a mais influente e no contexto da ESF, permite a análise de grupos sociais e do sistema geral, onde a comunicação é uma interação entre os elementos com propósito, equilíbrio, organização, regulação, diferenciação e complexidade (Kaakinen et al., 2018). Esta teoria defende que a família, de acordo com as suas propriedades, é composta por vários subsistemas; que a totalidade da família é mais do que a soma dos seus membros; que uma mudança num membro da família afeta todos os membros; que a família é capaz de criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade; e que os comportamentos dos membros da família são compreendidos, melhor do ponto de vista da causalidade circular do que linear (Machado et al., 2023). No outro vértice do triângulo do pensamento sistémico, encontra-se a Teoria da Comunicação postulada por Gregory Bateson em conjunto com colaboradores de Palo Alto (ibidem). Esta teoria centra-se na comunicação, nas relações interpessoais, destacando a importância dos padrões de comunicação, especialmente nas relações familiares (ibidem). Assim, a comunicação desempenha um papel crucial na definição de regras familiares, na compreensão do ambiente familiar, na resolução de conflitos, no desenvolvimento da autoestima dos seus membros e na expressão construtiva dos estados emocionais. Ao integrar a Teoria da Comunicação na ESF, pode-se inferir que toda a comunicação verbal e não-verbal é significativa; a comunicação utiliza dois canais de transmissão importantes: digital (comunicação verbal) e analógico (significado que é referido); e que esta possui níveis de conteúdo (o que se diz) e de relacionamento (informação que define a natureza da interação) (ibidem). Existem vários modelos teóricos que orientam os enfermeiros na conceção de cuidados à família. Não obstante, o seu começo relaciona-se com a interação

das ciências da Enfermagem, das ciências sociais e da terapia familiar, sendo que na base da terapia familiar estão vários modelos (ibidem).

Para compreender a dinâmica familiar, é crucial entender o conceito de transgeracionalidade. A transgeracionalidade é uma influência marcante na vida dos indivíduos e afeta o seu comportamento e desenvolvimento, conectando as escolhas atuais à história da família ao longo de várias gerações. Isso destaca a importância de encarar a família como um sistema onde ocorre a troca de características culturais, emocionais e comportamentais, dando identidade à família e significado às suas dinâmicas (ibidem). A transmissão dessas influências define o funcionamento da família em gerações mais recentes (ibidem). No contexto da transgeracionalidade, o indivíduo herda uma história já existente que molda a sua identidade e o seu papel familiar. Isso influencia várias áreas da vida, como escolhas profissionais, afetivas, sexuais e políticas (ibidem). O impacto da transgeracionalidade na vida de uma pessoa depende do momento do ciclo vital em que a herança familiar se manifesta e do stress que gera no indivíduo, podendo levar à estagnação ou impulsionar a mudança (ibidem). A perspectiva transgeracional analisa a transmissão cultural familiar, incluindo costumes, estilos, segredos, problemas e mitos que caracterizam a família de maneira única. O foco está nas situações passadas transmitidas ao longo das gerações (ibidem).

Na obesidade, a partir de uma perspectiva sistêmica, é possível considerar o fenômeno transgeracional das relações afetivas organizadas em torno da alimentação como os valores e crenças familiares que são compartilhados entre as gerações, como os gostos alimentares, as formas de se alimentar, como comemorar eventos, o que reporta aos mitos familiares, ou seja, à memória familiar. Sendo assim, os aspectos transgeracionais sobre a obesidade contribuem para a formação da identidade familiar dos membros, sendo sustentados por esses mitos e também pelas lealdades entre os membros, ou seja, pelas expectativas que as pessoas têm em relação à família e que é transmitida às gerações seguintes. A obesidade pode ser assumida como um modelo de lealdade e pertença ao grupo familiar, dificultando o processo de diferenciação entre os membros (Coradini & Scherer, 2017). É ainda ressaltada a ideia de que as experiências vivenciadas na família de origem podem influenciar o comportamento alimentar inadequado dos filhos adultos (para a falta ou para o excesso), a partir da aprendizagem de padrões distorcidos sobre a imagem corporal e da construção de expectativas que desorganizam a alimentação (Alves-Silva et al, 2019). Os alimentos muitas vezes podem

assumir uma função afetiva que contribui para a construção dos vínculos das pessoas com os seus familiares (Alves-Silva et al,2019).

O sintoma atual é visto como uma expressão dessas dinâmicas familiares e é integrado no presente, muitas vezes por meio do estudo das relações familiares em várias gerações, usando ferramentas como o genograma (Machado et al., 2023). Murray Bowen, Carl Whitaker e Ivan Boszormenyi-Nagy são os principais colaboradores do modelo transgeracional. A transgeracionalidade torna-se um problema quando os padrões transferidos, ou a forma da sua transmissão, impedem o crescimento, forçam a repetição e a submissão, dificultam a criatividade e a espontaneidade individual, inviabilizando o desenvolvimento da individualidade e autonomia dos membros da família (ibidem).

O processo terapêutico visa identificar os padrões passados que retêm os indivíduos em rotinas diárias, com o objetivo de torná-los mais autônomos, através da alteração de padrões repetitivos (ibidem). Esta abordagem envolve sessões conjuntas com os membros da família para modificar modelos de interação e processos de comunicação, visando corrigir disfunções do sistema (ibidem). A abordagem é ativa e orientada para obter resultados a curto prazo, sendo indicada para situações que exigem mudanças no funcionamento familiar, resultando em alterações na vida de todos os envolvidos (ibidem).

2.2. Enfermagem de Saúde Familiar

Os cuidados de saúde primários oferecem uma oportunidade única para gerir a obesidade, com profissionais de saúde que desempenham um papel essencial na motivação e promoção de mudanças comportamentais (Abraham et al., 2023).

É crucial que o EEECESF intervenha precocemente. A família desempenha um papel vital na promoção dos estilos de vida saudáveis e de bem-estar (Tralhão et al., 2020). Conhecer o contexto social e a história familiar é útil para entender o significado atribuído a eventos da vida (Pérez et al., 2020).

As práticas de saúde direcionadas à família estão em constante desenvolvimento, sendo de destacar a importância da ESF. Neste contexto, é essencial evoluir para modelos profissionais

que valorizem a teoria da enfermagem, focando-nos na promoção de processos adaptativos e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e família.

Dado que a saúde e a função da família influenciam o estado de saúde e o funcionamento de todos os membros no seio familiar, a combinação de intervenções focalizadas simultaneamente na pessoa com a doença crónica e nos restantes familiares deve gerar melhores resultados para todos (Bastos et al., 2023). Um funcionamento familiar saudável está relacionado com uma adaptação positiva às mudanças e envolve um dinamismo entre os membros ao longo do tempo (Ahlberg et al., 2019).

No entanto, não é fácil alterar comportamentos que se tornam rotinas e que são moldados social e culturalmente pelas dinâmicas e hábitos familiares. A capacidade da família enquanto sistema para resistir e recuperar-se dos desafios stressores emergentes, deve ser apoiada e reforçada, de modo que a família saia mais fortalecida e com mais recursos. Assim, a avaliação e intervenção familiar deve ser orientada nesta lógica, apoiando os esforços da família incentivando-a a aproveitar o máximo dos seus recursos para as suas transições (Walsh, 2016).

O suporte social, especialmente o suporte familiar, tem sido unanimemente considerado como um recurso valioso no apoio à gestão do tratamento, uma vez que está associado a uma maior adaptação à doença e a um maior envolvimento na autogestão do regime terapêutico. O apoio familiar é reconhecido como um fator de influência marcante no autocuidado (Bastos et al., 2023). A gestão da condição de saúde inclui o processo que envolve esforços da família para incorporar o regime de tratamento e as necessidades especiais da pessoa com a doença na vida quotidiana da família (ibidem). Assim, intervenções direcionadas para a pessoa e para a sua família, capacitando-as para gerir os cuidados de saúde, são cada vez mais incentivadas. A capacitação reflete-se na habilidade do indivíduo/família interagir com os profissionais de saúde, priorizar informação relevante e, gerir sinais e sintomas, resultando na adoção de comportamentos saudáveis e adesão às várias dimensões de um regime de tratamento (ibidem).

O empenho da família nos comportamentos de autogestão em pessoas com doença crónica, como obesidade, destaca o papel crucial dos elementos familiares, evidenciando o seu envolvimento como um fator facilitador. O apoio familiar revela-se importante na gestão das emoções e da doença, assim como em aspetos práticos da gestão do regime terapêutico, como acompanhamento às consultas, interação com os profissionais de saúde, supervisão, apoio ou mesmo administração de medicação, responsabilização pela alimentação e incentivo á

atividade física (Bastos et al., 2023). No entanto, a família pode ser considerada um obstáculo ao controlo da doença, já que a falta de suporte familiar e a disfuncionalidade das famílias interferem negativamente no envolvimento e na autogestão da doença (ibidem).

Numa situação de doença crónica, as famílias procuram manter a coesão entre os vários elementos, procurando uma “normalização” da vida e uma redefinição dos seus papéis. Esses elementos constituem-se como suporte ao seu familiar, incentivando-o a manter a sua autonomia e a integrar a gestão do regime terapêutico na sua vida diária. Para isso, podem oferecer cuidados de suporte direto (como participar na atividade física, seguir o mesmo regime alimentar, lembrar a ingestão da medicação, entre outros), ou cuidados indiretos (como motivar a pessoa e fornecer suporte emocional) (ibidem).

A família funciona como unidade de cuidados de saúde, sendo um participante ativo no processo da pessoa portadora da doença e, muitas vezes, toma mesmo as decisões terapêuticas pelo familiar portador da doença (ibidem).

Numa abordagem individual, cada indivíduo é responsável por cuidar de si próprio escolhendo práticas de autocuidado e hábitos de estilos de vida que possam promover uma vida mais saudável. A criação de estratégias fundamentadas em evidências, tanto no âmbito do sistema de saúde quanto nas políticas, pode ser orientada para abordar a gestão da obesidade em adultos. A monitorização a nível nacional e regional da obesidade, abrangendo informações auto-relatadas e medidas antropométricas (como altura, peso e perímetro abdominal), pode ser recolhida de forma regular (Wharton et al., 2020).

A gestão do regime terapêutico abrange não apenas a gestão dos diferentes componentes do regime, mas também a habilidade de identificar e interpretar modificações no estado de saúde ou novas necessidades diante de uma nova circunstância, e, conseqüentemente ter a capacidade de decidir sobre a mudança de comportamento, incorporando, assim o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade (Bastos et al., 2023).

A autogestão destaca comportamentos e processos utilizados pela pessoa para aceitar e gerir a doença crónica considerando como pontos-chave a manutenção do autocuidado, a automonitorização, e a gestão do autocuidado, para incorporar o regime de tratamento e as necessidades específicas da pessoa com a doença na vida quotidiana da família (Bastos et.al., 2023).

Segundo a CIPE®, a adesão ao regime terapêutico constitui um foco de atenção, definindo como *“ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece as instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)”*. (ICN, 2019)

A adesão ao regime terapêutico é um fator crucial para o sucesso do tratamento e refere-se ao grau em que o indivíduo segue as instruções dos profissionais de saúde quanto à medicação, dieta e mudanças no estilo de vida. A não adesão pode levar a resultados adversos significativos, agravamento da doença e aumento das hospitalizações e custos com a saúde (Camarneiro, 2021).

Apoiar o indivíduo/família no desenvolvimento de capacidades de gestão da doença requer que o enfermeiro seja considerado pelo(s) seus clientes(s) como um parceiro de cuidados. Só trabalhando em conjunto será possível identificar os objetivos terapêuticos adaptados ao contexto real de determinada família e das pessoas que dela fazem parte (Camarneiro, 2021). A obesidade num membro da família pode ter como consequências a redução do bem-estar dos outros membros; a exigência de esforços familiares na gestão do regime terapêutico do membro adulto portador de obesidade, sobretudo em caso de múltiplas patologias, a existência de impacto financeiro da doença e tratamentos nos rendimentos das famílias, a eventual desigualdade na acessibilidade a algumas disponibilidades sociais.

O impacto da família nos resultados de saúde pode ser bidirecional, positivo ou negativo, e deve ser levado em consideração nas intervenções de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2023).

A dinâmica e o relacionamento intrafamiliares têm um papel fundamental nos resultados de saúde da família. O impacto na saúde (positivo ou negativo) resulta de relações conjugais, dinâmicas do casal e relações de poder intrafamiliares. A estrutura do poder com base no género e a dinâmica dentro das famílias têm implicações importantes para a tomada de decisões em domínios críticos como padrões alimentares, fertilidade e planeamento familiar, e

comportamentos de procura de saúde. O empoderamento pode levar a resultados positivos (Organização Mundial de Saúde, 2023).

Numa abordagem individual do membro da família portador de obesidade, é fundamental aferir: a capacidade de executar o autocuidado questionando as pessoas com obesidade sobre eventuais inquietações relacionadas à gestão de atividades de autocuidado, como tomar banho, vestir, controlo intestinal e vesical e cuidados com a pele; avaliar a capacidade de realizar a vigilância de feridas e pés; avaliar o risco de queda, uma vez que isso pode impactar a sua capacidade e disposição para participar em atividades físicas; acompanhar e vigiar os indivíduos que vivem com obesidade, avaliando a disponibilidade do indivíduo para iniciar o tratamento. Colher dados que permitam conhecer a sua história de forma abrangente, de modo a identificar as causas fundamentais para o ganho de peso, prevenir e identificar precocemente complicações da obesidade (Wharton et al., 2020).

É importante que os programas de cuidados saúde primários tenham em consideração estratégias personalizadas de gestão da obesidade como forma de apoiar as pessoas que vivem com obesidade e devem ser baseados na mudança de comportamento (nutrição, exercício, estilo de vida). A sua implementação pode efetivar-se através de sessões de esclarecimento sobre nutrição e atividade física em grupo; utilização de tecnologia de modo a alcançar um maior número de pessoas; implementação de estratégias de gestão realizadas através de plataformas na internet ou dispositivos móveis (por exemplo, relatórios diários de peso através de uma aplicação para smartphone); feedback e acompanhamento individualizados (por exemplo, coaching personalizado ou feedback por telefone ou e-mail em estratégias de gestão baseadas em tecnologia para melhorar os resultados de perda de peso e o uso de tecnologia de monitorização de atividades deve fazer parte de uma estratégia abrangente para controle de peso); vigilância do peso (Wharton et al., 2020). Os resultados do estudo desenvolvido Finucane et al. (2023) evidenciaram que em adultos com obesidade grave um programa estruturado de mudança de estilo de vida, a idade e a boa saúde mental são fatores que contribuem para a perda de peso.

Tendo o modelo sistémico como base para a abordagem da família, considera-se a saúde, na perspetiva do bem-estar familiar, como um processo de retroalimentação baseado num *continuum* de transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio (Martins, 2023).

Neste contexto, é necessário refletir sobre o papel dos EEECESF na promoção da saúde das famílias.

É essencial desenvolver abordagens de promoção da saúde que impactem nos estilos de vida, assim como nas condições sociais, económicas e ambientais que influenciam a saúde e adotar uma abordagem prática para alcançar maior equidade em saúde, tanto para os indivíduos como para as famílias. Os estilos de vida individuais têm origem nas dinâmicas familiares. Ao refletir sobre isso, é crucial considerar as características das famílias saudáveis, conforme definidas por Curran (1983): unidade de empenho (desenvolver confiança, compartilhar responsabilidades e ensinar a respeitar os outros); tempo passado em família (compartilhar rituais e tradições, apreciar a companhia, desfrutar de tempo de lazer e qualidade); flexibilidade e capacidade de lidar com o stresse (adaptação, enfrentar crises como desafios e oportunidades, abertura à mudança, crescimento conjunto na resposta às crises, base de apoio e ajuda quando necessário); bem-estar espiritual (encorajar a esperança, compartilhar a fé, ensinar a compaixão, transmitir valores éticos, respeitar a privacidade); comunicação positiva (comunicar e ouvir eficazmente, promover momentos de conversa em família, compartilhar sentimentos, adotar atitude não recriminatória, aceitar discordâncias); apreciação do afeto (preocupação mútua, humor, manutenção da amizade, respeito pela individualidade, apreciação do lazer) (Martins, 2023). Utilizar as características das famílias saudáveis é uma estratégia valiosa para fortalecer a capacidade de resistir a circunstâncias adversas e a capacitação construtiva que garanta as condições de conflito (Figueiredo et al., 2023). A identificação e cultivo de características resilientes em indivíduos ou grupos podem servir como instrumento de recuperação para os membros familiares, capacitando-os a encontrar novas condições de vida diante da adversidade. Intervir na saúde das famílias representa um vasto campo de oportunidades para assegurar uma população mais saudável, pois a família é um catalisador de objetivos individuais e coletivos.

De acordo com Figueiredo (2023), as rotinas de saúde de uma família refletem-se em comportamentos, crenças e valores, além dos conhecimentos individuais sobre saúde. Esses aspetos podem abranger práticas alimentares, padrões de sono, atividade física, cuidados aos membros dependentes, comportamentos de proteção e segurança, utilização de serviços de saúde e recuperação. A saúde familiar transcende à mera ausência de doença ou disfuncionalidade em um dos domínios da vida familiar (Figueiredo et al., 2023).

A saúde da família define-se como um "processo dinâmico de ajustamento co evolutivo dos padrões transacionais que, em um contexto ecossistêmico, são mediados pelos processos adaptativos inerentes às mudanças decorrentes de transições normativas e acidentais" (Figueiredo, 2012).

Assim, ao considerar a saúde da família não como um estado, mas como um processo, torna-se possível incorporar a doença nesse mesmo processo, uma vez que ela também faz parte do ciclo de vida familiar como uma transição (Figueiredo et al., 2023). Os indicadores de saúde familiar relacionam-se com as propriedades que caracterizam a família como um sistema aberto e multidirecional, permeável às influências do ambiente externo e com capacidade de adaptação dinâmica (ibidem). Para facilitar a reestruturação adaptativa, é crucial que as fronteiras entre os subsistemas sejam nítidas, permitindo que os membros desempenhem as suas funções com clareza e permeabilidade de limites, tanto entre subsistemas quanto entre o sistema familiar e o meio externo (ibidem).

Em algum momento do seu percurso, a família pode enfrentar dificuldades na manutenção de um nível de funcionamento adequado às suas necessidades, relacionado à eficácia dos mecanismos de confronto diante de perturbações internas e/ou externas, e que pode manifestar-se na dificuldade em desempenhar funções e tarefas associadas aos diferentes papéis familiares (ibidem). Barker (2000) propõe quatro categorias básicas para a avaliação da saúde das famílias, destacando o equilíbrio dinâmico entre as dimensões interdependentes do sistema familiar e levando em conta o contexto e a história familiares (ibidem). Essas categorias são: os processos de identidade, que incide no equilíbrio entre individualidade e emaranhamento; a mudança, reportando-se ao equilíbrio entre flexibilidade e rigidez; o processamento de informação, que engloba as percepções dos membros da família em relação às mensagens emitidas; e a definição dos papéis familiares e estruturação de papéis, que compreende o equilíbrio na reciprocidade dos papéis (ibidem).

Além desses indicadores, outros elementos são enfatizados na avaliação da saúde familiar, como a liderança, a afetividade, o desempenho de tarefas, os objetivos e a comunicação (ibidem).

A atividade familiar reflete a preocupação e respeito pela individualidade dos membros da família. O desempenho de tarefas está relacionado com a definição dos papéis familiares, enquanto a comunicação envolve a capacidade de resposta, clareza e congruência na comunicação verbal e não verbal (Figueiredo et al., 2023). A comunicação positiva, como

indicador de saúde familiar, envolve a partilha de sentimentos e a capacidade de aceitação e discordância (ibidem). A comunicação ocorre num espaço, tempo e contexto específicos, gerando mudanças significativas. Ela é crucial para construir e organizar as relações familiares, configurando o relacionamento entre os membros do sistema familiar (ibidem). A comunicação é um meio de regular a interação, permitindo que os membros compartilhem o que têm em comum e expressem as suas diferenças. O padrão comunicacional na família consiste em regras implícitas que orientam as interações, formando a matriz básica dessas relações. Este padrão é caracterizado pela redundância das mensagens, que se repetem em sequências, refletindo a circularidade. (ibidem). A promoção da saúde familiar é um processo dinâmico e multidimensional, influenciado pela interação com os seus determinantes (Ferreira et al., 2023). O conceito de promoção de saúde está alinhado com as políticas do Ministério da Saúde, destacando a necessidade de intervenções abrangentes em vários setores. Essas intervenções incluem políticas de saúde pública saudáveis, a criação de ambientes propícios à saúde, o reforço de ações comunitárias e familiares, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. Conforme a DGS (2015), o bem-estar resulta de condições básicas de interação complexa de múltiplos determinantes em saúde, o que implica a responsabilidade pela promoção da saúde em todos os setores da atividade. Assim, tanto o desenvolvimento de políticas saudáveis, como uma prática intersectorial, visam criar impactos positivos na saúde da população, reduzir os impactos negativos e melhorar as condições socioeconómicas, culturais e ambientais que favorecem a saúde individual, familiar e coletiva, com vista à maximização dos ganhos em saúde (DGS, 2015) (ibidem). Promover a saúde familiar implica capacitar as famílias para serem proativas na construção e desenvolvimento do seu projeto de saúde, maximizando o seu potencial de saúde e capacitando-as para implementar estratégias que permitam a sua funcionalidade como unidade, atendendo às necessidades individuais de seus membros (ibidem).

As famílias são afetadas por diversos fatores que atuam como determinantes no desenvolvimento do seu funcionamento e processos internos. Em saúde, esses determinantes compreendem uma série de fatores interativos, incluindo aspetos pessoais, sociais, económicos e ambientais, que moldam o estado de saúde de indivíduos e populações (ibidem). As interações complexas entre esses fatores influenciam a saúde individual, familiar e populacional, sublinhando a importância de promover a equidade e reduzir o gradiente social em saúde (ibidem).

Grochowski (2010, 2014) apresenta um modelo chamado "*The Family Health Determinants Model*", que destaca cinco determinantes com impacto significativo na saúde das famílias. Esses determinantes incluem: genética, padrões comportamentais, contexto sociocultural, exposição ambiental e políticas de saúde e serviços. Cada um desses determinantes influencia a saúde das famílias individualmente, mas também podem influenciar-se mutuamente (Ferreira et al., 2023). Por exemplo, as predisposições genéticas são influenciadas pelos padrões comportamentais e pela exposição ambiental. No que se reporta ao determinante relacionado com a genética, importa salientar que a herança genética e a hereditariedade desempenham um papel crucial na determinação da expectativa de vida e na probabilidade de desenvolver certas doenças (ibidem). As transições saúde/doença, especialmente nos casos das doenças crónicas na família, são fatores que interferem com a saúde da família como uma unidade (ibidem). Relativamente aos padrões comportamentais, estes podem contribuir significativamente para a promoção da saúde familiar, especialmente na prevenção de doenças crónicas, dado que mudanças positivas nos padrões comportamentais podem prevenir o aparecimento de doenças crónicas nos membros da família. O contexto sociocultural e a exposição ambiental representam um conjunto complexo de fatores relacionados com as circunstâncias sociais e o ambiente físico (ibidem). Esses determinantes afetam uma ampla gama de resultados de saúde, funcionamento e qualidade de vida, sendo parcialmente responsáveis pelas desigualdades evitáveis no acesso aos cuidados saúde, dentro e entre comunidades (ibidem). Salienta algumas destas disparidades em saúde como; a maior prevalência de doenças que resultam em necessidades de cuidados de saúde em grupos específicos da população, associados a características raciais, étnicas, de género, *status* socioeconómico, educação, localização geográfica, entre outros aspetos (ibidem). Os estigmas sociais associados a algumas doenças também são fatores de disparidade social que afetam a saúde das famílias (Figueiredo et al., 2023). Assim, tanto o programa Healthy People 2020, como o plano nacional de saúde (2012-2016, com extensão a 2020, destacam a importância de eliminar estas desigualdades com base nos fatores já referidos (Ferreira et al., 2023). A capacidade da família no acesso e utilização dos serviços de saúde é outra determinante crucial para a manutenção e desenvolvimento da saúde familiar (Ferreira et al., 2023). A educação dos membros da família na área da saúde é um elemento determinante e estratégico na promoção da saúde familiar (DGS, 2015). O investimento na literacia para a saúde das famílias promove a interação saudável entre os seus membros e a comunidade; a adoção de estilos de vida que promovam a saúde dos seus membros e o

funcionamento da unidade familiar; melhorar a compreensão, interpretação, avaliação, aplicação e utilização de informações de saúde em diversas situações ao longo do ciclo de vida da família (Ferreira et al., 2023). No contexto da promoção da saúde familiar, os seus determinantes são uma dimensão importante na avaliação multidimensional da família. Os determinantes familiares abrangem os elementos vinculados à interdependência entre o estado de saúde dos seus membros, a saúde das comunidades e os fatores que promovem a adaptação funcional da família à comunidade. Esses elementos evoluem numa interação recíproca e cumulativa (ibidem).

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Foram desenvolvidas atividades que visaram a aquisição de competências inerentes a: Cuidar da família como unidade de cuidados e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Neste subcapítulo será apresentada a prestação de cuidados às famílias com membro adulto portador de obesidade, enquanto alvo dos cuidados de ESF, bem como dos seus membros individualmente. Neste âmbito, é importante que o EEECESF seja capaz de estabelecer uma relação com a família, que promova o funcionamento da família e a sua capacitação, a saúde e o bem-estar e que previna a doença de cada um dos seus membros. Assim, a intervenção diagnóstica na família deve ser direcionada às necessidades desta, considerando as transições vivenciadas bem como a monitorização das respostas da família como um todo e dos seus membros individualmente. Este é assim o ponto-chave para a prestação de cuidados, devendo o EEECESF desenvolver a sua atuação com base na melhor evidência científica disponível.

É crucial sublinhar que as intervenções de enfermagem prestadas a cada pessoa/família devem ter por base valores universais, como a igualdade, a liberdade responsável, e a capacidade de escolha, visando sempre o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e aperfeiçoamento. Como tal, esta competência comum do enfermeiro especialista pauta a sua prática, principalmente no que se refere à adoção de uma conduta responsável, ética e deontológica e de uma atuação com respeito pelos direitos e dignidade dos utentes, desempenhada autonomia técnico-científica inerente à profissão, como postula a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº613/2022, de 8 de julho de 2022),

No âmbito da prestação de cuidados às famílias, respeitei sempre os princípios da autonomia, beneficência e justiça, bem os direitos da pessoa/família e segui as normas éticas que regem a profissão. A realização do estágio possibilitou-me uma melhor adaptação às realidades diversas, mantendo sempre o enfoque principal na família/pessoa. Respeitei rigorosamente a segurança das informações transmitidas e adotei uma postura de competência, onde a responsabilidade, assiduidade e pontualidade estiveram presentes. Na primeira consulta foi explicado o objetivo da mesma aos membros das famílias e solicitada a sua participação. De modo a manter o anonimato, a privacidade das famílias e dos seus elementos e a confidencialidade dos seus dados, estes foram identificados por letras.

A avaliação familiar é dotada de grande complexidade e de acordo com o grau de mestria profissional e objetivos da prática, deve estar assente na utilização de uma estrutura conceptual clara que favoreça, através da análise de diferentes dimensões e contextos familiares, tanto a síntese de dados (identificação de recursos, forças e necessidades), como o planeamento de intervenções que devem estar centradas na família como unidade e alvo de cuidados de enfermagem (Henriques & Santos, 2019). As etapas de planeamento, intervenção e avaliação de ações de saúde, são de extrema relevância no processo de gestão de cuidados.

Como referido anteriormente, o MDAIF foi o referencial teórico-metodológico e a sua matriz operativa adotada para avaliação das famílias. Este referencial foi construído e validado numa investigação-ação desenvolvida no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (Figueiredo, 2009). Está associado ao surgimento de novas necessidades de saúde e afirma-se num contexto dinâmico de novas realidades e necessidades da Enfermagem de Saúde Familiar, assim como no desenvolvimento de novas práticas do EEECESF (Figueiredo, et al., 2012). Como guia orientador facilita a conexão entre as fases do processo de enfermagem, unindo áreas de atenção, atividade diagnóstica, diagnósticos, intervenções e avaliação de resultados. De natureza dinâmica, flexível e interativa, permite aos enfermeiros propor intervenções que respondam às necessidades de saúde das famílias em cuidados, identificando-as com precisão. Neste contexto, a avaliação destaca as forças e potenciais da família, adotando uma abordagem colaborativa caracterizada por uma evolução processual. Por seu lado, as intervenções constituem-se como elementos promotores da capacitação da família na resolução dos seus problemas que, desenvolvidas num contexto relacional, integram as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico, no qual a mudança

é determinada pela coerência da estrutura biopsicossocial do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

Os fundamentos do MDAIF reconhecem a complexidade do sistema familiar, atentando nas suas características como a globalidade, a equifinalidade e a auto-organização. Os princípios deste modelo têm como base um paradigma colaborativo centrado nas potencialidades da família enquanto unidade (Figueiredo et al., 2012).

A avaliação familiar realizada através do MDAIF é regida por uma estrutura organizativa que sistematiza três dimensões relevantes na prática dos cuidados de enfermagem à família: Estrutural, de Desenvolvimento e Funcional. Cada uma destas dimensões é caracterizada pelas respetivas áreas de atenção. A dimensão Estrutural foca-se na configuração da família, identificando a composição da mesma, as relações presentes entre os membros da família e outros subsistemas, bem como os aspetos do contexto ambiental que podem representar e sinalizar riscos para a saúde (Figueiredo, 2012). Esta dimensão tem como áreas de atenção: o Rendimento Familiar, o Edifício Residencial, a Precaução de Segurança, o Abastecimento de Água e o Animal Doméstico (Figueiredo, 2012).

A dimensão de Desenvolvimento permite compreender os fenómenos relacionados com o crescimento da família, a partir de uma abordagem processual e contextual. Isso implica reconhecer o ciclo vital como um percurso conjectural comum a todas as famílias, além de identificar os processos de evolução específicos e exclusivos de cada família. Com essa compreensão, é possível concretizar cuidados antecipatórios com o objetivo de capacitar a família a desenvolver tarefas essenciais em cada etapa do ciclo vital e prepará-las para futuras transições (Figueiredo, 2012). As áreas de atenção desta dimensão são: a Satisfação Conjugal, o Planeamento Familiar, a Adaptação à Gravidez e o Papel Parental (Figueiredo, 2012).

A dimensão Funcional engloba os padrões de interação familiar que permitem o desempenho de funções e tarefas e integra duas áreas de atenção elementares do funcionamento da família (a primeira reporta-se às atividades quotidianas da família e a segunda enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades). Nesta dimensão incluem-se as áreas de atenção: Papel de Prestador de Cuidados e Processo Familiar (Figueiredo, 2012). A avaliação desta dimensão pode ser realizada com recurso a algumas escalas, tais como a Escala de FACES II ou a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, por exemplo.

No decorrer da prestação de cuidados considerando a especificidade de cada família enquanto unidade e dos seus membros individualmente, foram utilizados os instrumentos de avaliação familiar intrínsecos à matriz operativa do MDAIF, tais como o genograma, o ecomapa, a escala de notação social da família (escala de Graffar Adaptada), a escala de avaliação de adaptabilidade e de coesão familiar (FACES II) e o Apgar Familiar de Smilkstein.

A entrevista familiar sistémica requer o respeito pelos princípios: da neutralidade, devendo o profissional de abster-se de fazer e partilhar juízos de valor sobre os comportamentos dos membros das famílias ou de estabelecer alianças com algum dos seus elementos; a hipotetização, ou seja, a criação de uma suposição, sem valor de ser falso ou verdadeiro, que tem como finalidade ser um ponto de partida; e a circularidade, isto é, o recurso a questões circulares, na tentativa de obter respostas que permitam melhorar ou alterar a hipótese inicial e com o intuito de permitir que cada membro da família partilhe a forma como cada um percebe a relação familiar, baseando-se na ideia de totalidade, causalidade circular, reciprocidade, causalidade e multicausalidade, e no pressuposto de que a comunicação permite a expressão de percepção das pessoas sobre o mundo (Figueiredo, 2023). Esta ferramenta pressupõe que, na sua parte inicial, haja o acolhimento dos membros da família, num ambiente terapêutico e que se promova um relacionamento positivo com a família e com os seus membros individualmente (ibidem). A esta segue-se uma etapa durante a qual deve ser avaliado o funcionamento familiar, de modo a identificar as necessidades de intervenção e eventuais soluções que já tenham sido experimentadas, bem como os objetivos a atingir individualmente (ibidem). Caso sejam identificadas necessidades de saúde da família, segue-se uma etapa de intervenção, durante a qual são planeadas de forma colaborativa com a família as intervenções pertinentes às suas especificidades (ibidem). Por fim, a entrevista familiar sistémica conclui-se com a avaliação dos resultados (ibidem).

Para a prestação de cuidados às famílias, foram utilizadas técnicas de intervenção ativa na sua avaliação e intervenção, que permitiram conhecer de forma mais profunda a percepção sobre a dinâmica das famílias por parte dos seus membros, tendo por base os seus relatos, e possibilitaram a realização de atividades diagnósticas e de intervenção familiar.

Para a avaliação e intervenção familiar nas diferentes dimensões do MDAIF, foram utilizadas perguntas de avaliação e intervenção sistémica (ibidem). Este tipo de questões promove a circulação de informações, alterando a percepção da situação e fomentando novas soluções para as dificuldades sentidas. Neste sentido, foram utilizadas questões lineares com o objetivo

de identificar o problema, isto é, para recolher informação sobre a situação em si, a sua causa e efeito (Figueiredo, 2023). Para orientar a família para o desenvolvimento de novos padrões de resposta e confrontar os membros com o sintoma, foram utilizadas questões estratégicas. Estas foram utilizadas com a finalidade de estimular uma mudança na família e alterar a perspetiva dos seus membros e, consequentemente, o seu comportamento, podendo ou não ter o resultado que pretendiam (ibidem).

As questões reflexivas visaram facilitar a coconstrução de novas oportunidades face ao cenário inicial (ibidem). As questões de escala foram utilizadas para que os membros da família quantificassem o sintoma ou situação, permitindo-lhes aperceber-se das mudanças e impulsionar a resolução do sintoma ou situação (ibidem).

A intervenção familiar implica a neutralidade, circularidade e a hipotetização como princípios essenciais do processo de cuidados (ibidem). A neutralidade refere-se à imparcialidade do enfermeiro de família em relação a todos os membros da família, expressa pelo interesse na realidade de cada um deles (ibidem). A hipotetização possibilita a introdução de novas perspetivas sobre a família, enquadrando novos cenários, explorando novas visões e soluções, e permite o reconhecimento da família numa nova narrativa, que é necessariamente diferente da inicial. A circularidade permite a promoção de mudanças no funcionamento familiar (ibidem).

As questões circulares diferenciam-se em: diferenciais, utilizadas para reflexão entre os membros da família sobre as diferenças no que respeita aos sentimentos e crenças; comportamentais, aplicadas para explorar padrões de interação entre os membros da família face às diferentes alternativas para a mudança; questões à díade ou tríades, usadas para abordar interações específicas entre os membros, suscitando o interesse dos mesmos; e hipotéticas, para aumentar a perceção sobre problemas presentes e sobre o futuro (ibidem). Os princípios da construção terapêutica destacam a abordagem polivocal, vinculada à ideia de polivocalidade, ou seja, a pluralidade de ideias e pensamento coletivo, procurando promover uma multiplicidade nos modos de descrever um problema e nos vários relacionamentos nos quais os membros da família estão envolvidos (ibidem). A ênfase nas potencialidades destaca as forças e competências para a construção de realidades futuras. O foco na ação baseia-se na premissa de atribuição de significados e na natureza contínua e transformadora das relações; o foco no significado orienta as decisões tomadas na vida. Assim, a terapia é vista como uma coconstrução, rejeitando o enfermeiro a posição de perito e adotando uma postura de

colaboração (Figueiredo, 2023). No âmbito da interação específica deu-se lugar central ao pensamento analógico e à linguagem figurativa, às técnicas de intervenção ativas, tais como o genograma, os rituais terapêuticos, o reenquadramento, a conotação positiva, a metáfora (ibidem).

O genograma foi elaborado durante a primeira entrevista, sendo impossível dissociar a sua perspetiva avaliativa da perspetiva interventiva. As suas interações nele representadas não espelham apenas dados, mas também fornecem informações que influenciam o processo de intervenção (ibidem). As perguntas feitas são consideradas ações que efetivam intervenções quando esse instrumento é utilizado numa abordagem sistémica ativa. Este método, por um lado, pode auxiliar os membros da família a aperceberem-se do seu contexto familiar e promover um sentimento de união entre todos os elementos (ibidem). Por outro lado, ele permite ao profissional normalizar questões emocionais e rastrear problemas familiares ao longo do tempo e do espaço (ibidem). A visualização do panorama familiar mais abrangente obtida através do genograma, auxilia na tomada de decisões clínicas acerca da estrutura e funcionamento da família, quer seja através da interpretação horizontal, considerando o contexto familiar, quer seja através da interpretação vertical, analisando as gerações (ibidem). As aplicações do genograma variam desde o planeamento multigeracional do sistema familiar até à formulação de hipóteses sistémicas. Ele é considerado um instrumento de avaliação e intervenção, pois proporciona uma abordagem às heranças simbólicas transmitidas e transformadas pelas novas gerações (ibidem). As histórias contadas por meio do genograma incorporam o património relacional das famílias, possibilitando a criação de um espaço terapêutico dialógico, gerando novas narrativas familiares (ibidem). Neste contexto, o genograma transcende as suas origens, associadas exclusivamente às funções e estrutura da família, transformando-se numa ferramenta para a compreensão colaborativa de novas possibilidades de ser, relacionar-se e viver no mundo (ibidem). Em todas as famílias, após a análise do genograma, observou-se uma tendência transgeracional no que se refere à obesidade.

O ecomapa, assim como genograma, integra o conjunto de ferramentas de avaliação familiar e pode complementar-se dentro de um registo familiar. Evidencia as relações e conexões da família e dos seus membros com o ambiente e a comunidade em que se inserem (Figueiredo, 2012). O ecomapa oferece uma visão ampliada da família e revela a sua estrutura de suporte, ilustrando a ligação entre a família e o mundo que a rodeia (Figueiredo, 2012).

A utilização de rituais terapêuticos ao longo da prestação de cuidados permitiu instaurar novas práticas no sistema familiar, capazes de potencializar a capacidade dos membros da família na resolução de problemas identificados (Figueiredo & Dias, 2023). Os rituais terapêuticos mostram-se como uma parte essencial do sistema familiar, contribuindo para a construção da identidade familiar, à medida que os membros compartilham entre si valores e crenças (Almeida, 2020). Esses rituais familiares ganham significado para a família como fonte de bem-estar, manifestando não apenas um bom funcionamento familiar, mas também promovendo a coesão entre os membros da família e fomentando um sentimento de continuidade, visão transgeracional e transmissão de valores (Figueiredo & Dias, 2023). Os rituais terapêuticos envolvem a prescrição de rituais à família, como a participação em celebrações familiares associadas a eventos religiosos e tradições familiares, festas de aniversário, visitas à família alargada atividades recreativas ou outras interações padronizadas que, sem um planeamento consciente, fazem parte do quotidiano familiar (ibidem). Esses rituais são constituídos predominantemente por atos simbólicos que facilitam o seu desenvolvimento, incluindo os relacionamentos e a sua preparação (ibidem). Como recurso técnico, eles possibilitam potencializar um processo que descongela alguma etapa do ciclo vital paralisada por uma vivência desagradável ou alterar padrões interacionais rígidos entre os membros da família ou no sistema familiar (ibidem). Os rituais terapêuticos promovem a proximidade entre os membros da família, a diferenciação de papéis, alteração dos padrões de comunicação, a potencialização das competências do sistema familiar, o desenvolvimento de sistemas de apoio, a definição de hierarquias e a instituição de recompensas (ibidem).

O reenquadramento procura modificar a compreensão dos membros da família em relação ao problema, tornando-se mais propício à mudança (Ribeiro & Figueiredo, 2023). Essa técnica visa alterar as regras do jogo familiar quando este se torna patológico. Esta abordagem contém três princípios fundamentais: o primeiro é modificar a perspetiva dos membros da família em relação a um sintoma, passando de uma perspetiva individual para uma que inclua todos os membros do sistema familiar; o segundo é utilizar o reenquadramento para mudar o significado de algo percebido como negativo para algo com significado positivo ou normativo; e o terceiro princípio é formular um reenquadramento de uma maneira que o sistema possa perceber de forma congruente a sua nova compreensão dos acontecimentos (ibidem). Em resumo, o reenquadramento consiste numa nova forma de interpretar os factos, consistente com a nova perspetiva da família (ibidem).

A técnica de conotação positiva tem como objetivo orientar e motivar os membros da família atribuir um significado diferente ao sintoma, fortalecendo a coesão familiar (Figueiredo & Dias, 2023). As atribuições da conotação positiva facilitam aos profissionais o acesso ao modelo sistêmico, fornecendo uma definição clara da dinâmica familiar sem correr o risco de ser desqualificado e estabelecer limites no contexto ao defini-lo como terapêutico (ibidem). Possibilita a inclusão de todos os membros da família no mesmo nível, uma vez que são vistos como complementares dentro do sistema e, dessa forma, permite o acesso ao sistema reafirmando a sua tendência à homeostase (ibidem). Foca-se nas causas positivas do problema, valorizando não apenas o sintoma, mas a sua relação com outros comportamentos mais relevantes para os quais este funciona como solução. Aquilo que é percebido como um problema pode ser reinterpretado pelo enfermeiro como algo que beneficia alguns elementos do sistema e, conseqüentemente, mantém o funcionamento familiar (ibidem). A conotação positiva é frequentemente utilizada em conjunto com os rituais terapêuticos, permitindo envolver as famílias no processo terapêutico. Esta abordagem interacional destaca de forma positiva os comportamentos e regras familiares anteriormente considerados problemáticos, sem os definir como negativos ou sugerir a sua mudança imediata, mas sim reconhecendo a sua existência dentro de uma lógica circular (ibidem).

A metáfora consiste no uso de narrativas figuradas para representar situações concretas. Exemplos incluem novelas, contos de fadas, rituais, tarefas, pinturas, desenhos e outras produções artísticas. Essas formas de expressão transmitem significados metafóricos que podem ser aproveitados para fortalecer o vínculo entre o profissional e a pessoa, auxiliando no alcance de metas terapêuticas (Figueiredo & Dias, 2023). Ao criar histórias metafóricas, é importante considerar aspectos como a definição de um tema de conflito metafórico, a representação de conflitos inconscientes na metáfora, a personificação de experiências de aprendizagem paralelas, a apresentação de uma crise metafórica que levará à resolução do problema abordado, a introdução de um novo sentido de identificação e a conclusão da metáfora com uma celebração. Através da utilização de metáforas terapêuticas, cria-se um contexto que envolve a família e a direciona para novas descobertas, definições e mudanças (ibidem). A metáfora, ajuda a família a visualizar o problema da perspectiva de um observador externo, proporcionando uma nova visão sobre si mesma e sobre a sua capacidade de compreender o problema. Além disso, estimula menos resistência do que uma abordagem direta (ibidem).

A entrevista motivacional, inicialmente delineada por Miller em 1983, representa um método centrado no indivíduo para fomentar a motivação intrínseca com vista à mudança, através da abordagem e resolução da ambivalência (Ribeiro & Figueiredo, 2023). Este método destaca comportamentos adotados livremente, baseados no interesse e desafio intrínsecos, sem a necessidade de recompensas externas, procurando resolver a ambivalência comum em comportamentos de dependência (ibidem). A resolução dessa ambivalência é fundamental no aconselhamento, sendo particularmente útil para indivíduos resistentes à mudança (ibidem). As estratégias da entrevista motivacional visam mais persuadir do que coagir, mais apoiar do que argumentar, com o propósito de aumentar a motivação interna do indivíduo para efetivar a mudança (ibidem). A proatividade para mudança é vista como um processo flutuante e interativo, enquanto a resistência e a negação, frequentemente, simbolizam a necessidade de modificar estratégias motivacionais (ibidem). O EEECESF respeita a autonomia do indivíduo, reconhecendo a sua liberdade de escolha e as consequências do seu comportamento (ibidem). Essa abordagem incentiva os indivíduos a desenvolverem as suas próprias soluções para os problemas identificados por eles mesmos, ao invés de prescrever soluções (ibidem). As técnicas utilizadas incluem perguntas abertas e fechadas, afirmações, escuta reflexiva e resumos, bem como estratégias para explorar valores, avaliar feedback e planejar a mudança (ibidem). É amplamente aplicada na autogestão de doenças, como por exemplo na perda de peso, na adesão ao tratamento e no aumento da atividade física, sendo usada por profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos e médicos, com efeitos significativos na obtenção de resultados (ibidem).

Neste contexto, pode-se recorrer às estratégias dos “5A”: abordar, aconselhar, avaliar, ajudar e acompanhar, que devem ser utilizadas de forma complementar às estratégias de intervenção baseadas nos “5R” (relevância, riscos, recompensas, resistência e repetição) (DGS, 2020).

A estrutura e desenvolvimento da entrevista está dependente do tipo de comportamento a alterar e da pessoa que necessita alterá-lo. Este procedimento envolve três fases: a primeira fase é promover a consciencialização para a mudança; a segunda fase é a de resolução; e a terceira fase é para fortalecer o compromisso com a mudança (DGS, 2020).

A descrição da prestação de cuidados a cada uma das famílias começará com a apresentação dos dados relativos ao número de consultas realizadas e aos membros familiares presentes. Em seguida, será detalhada a colheita de dados, abrangendo a composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos e a classe social. Seguidamente, será

apresentada a avaliação familiar, utilizando as dimensões de avaliação do MDAIF (Estrutural, de Desenvolvimento e Funcional) e levando em consideração as áreas de atenção adequadas às necessidades das famílias. Posteriormente, serão apresentados os diagnósticos enunciados, as intervenções quando necessárias, com os seus objetivos específicos, e a avaliação dos resultados obtidos. É importante ressaltar que também foram prestados cuidados de enfermagem aos membros das famílias presentes nas consultas de acordo com as necessidades identificadas, especialmente no que diz respeito ao membro adulto portador de obesidade. Também a este nível, será fornecida uma descrição dos dados relevantes para a compreensão do estado de saúde dos membros da família presentes nas consultas, os diagnósticos enunciados, as intervenções planejadas e implementadas colaborativamente e a avaliação dos resultados obtidos.

As famílias C e M estão explanadas no ANEXO I e ANEXO II, respectivamente.

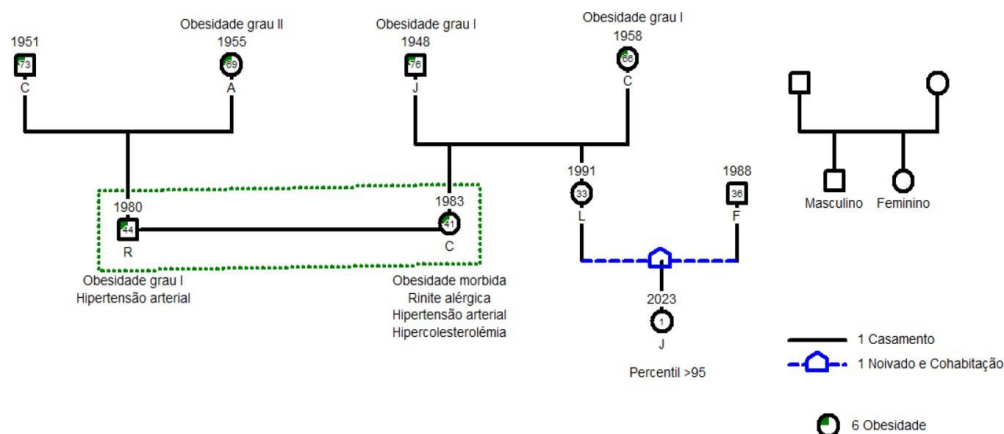
3.1.1. Família L

A família L é constituída por dois elementos: O Sr. R. de 43 anos, tem o 12º ano de escolaridade e trabalha por turnos num hipermercado, casado desde 2015 com a Sr.ª C. de 40 anos, engenheira civil, apesar de não exercer funções nessa área, sendo professora de matemática num ATL. A Sr.ª C tem antecedentes de 2 abortos espontâneos (2018 e 2019), portadora de hipertensão sem complicações, hipercolesterolemia, obesidade mórbida (IMC: 53,26 kg/m²), rinite alérgica. Medicada com terapêutica oral (Enalapril + lercanidipina, 20mg, comprimidos; Rupetadina, 10mg, comprimidos).

O Sr. R. é portador de obesidade grau I (31,6 kg/m²) e hipertensão arterial sem complicações. Está medicado com terapêutica oral (Indapamida, 2,5mg, comp.). A família encontra-se na etapa do ciclo vital casal sem filhos. Foram realizadas quatro consultas na USF, sempre com os dois elementos do casal com duração de 30 minutos. No genograma (Figura 2) desta família está evidente a tendência transgeracional no que se refere à obesidade. Os padrões sintomáticos, como a obesidade tendem a ser repetidos nas gerações desta família. O

enfermeiro, ao reconhecer o padrão de repetição, compreenderá a dinâmica familiar e poderá adotar a prevenção como estratégia de intervenção.

Figura 2 - Genograma da Família L



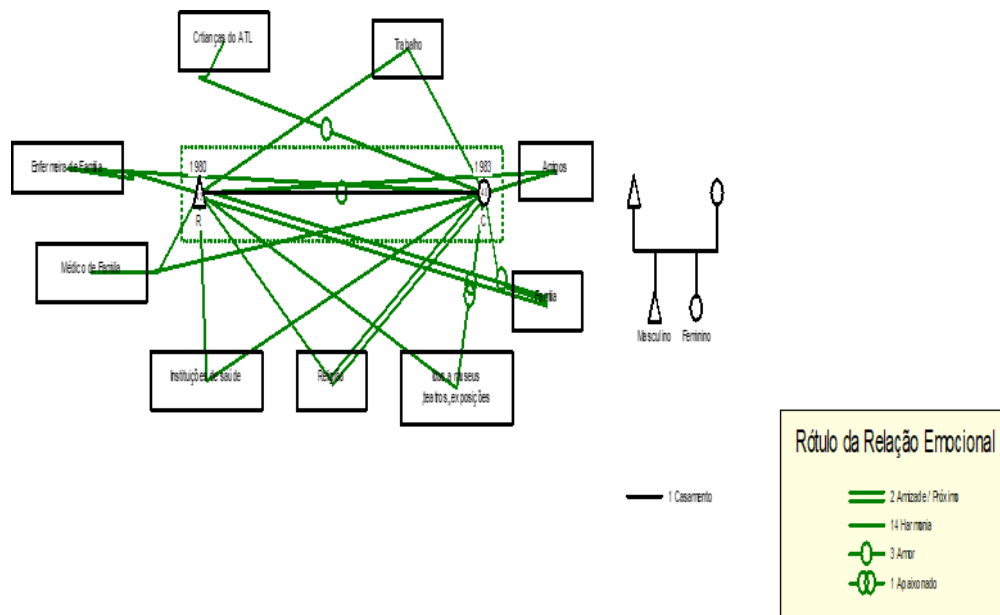
Família Extensa

O Sr. R e a Sr.^a C contactam a família extensa, pessoalmente e por via telefónica, numa periodicidade semanal. A função das relações são companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, ajuda de serviços e acesso a novos contactos.

Sistemas mais amplos

O casal tem um vínculo forte com o trabalho, principalmente a Sr.^a C. Tem um vínculo muito forte com as instituições culturais (museus e espaços culturais). Referiram também que têm um vínculo intermédio com a instituição de saúde, médico de família e enfermeira de família (Figura 3).

Figura 3 - Ecomapa da Família L



Classe Social

De acordo com as pontuações obtidas na escala de Graffar (11 pontos: pontuação 2 na profissão, 1 na instrução e 3 na origem do rendimento familiar; pontuação 3 no tipo de habitação e pontuação 2 no local de residência), a família integra a classe Média Alta.

Dimensão estrutural

No que concerne à avaliação das áreas de atenção da Dimensão Estrutural (Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precaução de Segurança e Abastecimento de Água) não foi identificada necessidade de intervenção, sendo forças da família que a ajudam a lidar com os desafios, na conquista de objetivos e na atuação integrada em todos os aspetos da família (Gottlieb, 2016).

Em relação às áreas de atenção avaliadas na dimensão estrutural para a família L, o Rendimento Familiar e o tipo de habitação foram ambos classificados no grau 3 na Escala Adaptada de Graffar. Os elementos da família verbalizaram não existir barreiras arquitetónicas, dispondo de aquecimento central e de equipamentos elétricos, demonstrando a família conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento de água é assegurado pela rede pública. Deste modo, foram formulados os diagnósticos que se seguem, que representam forças e recursos da família: Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro; Precaução de Segurança Demonstrada e Abastecimento de Água Adequado.

Dimensão Desenvolvimento

Em relação à dimensão do desenvolvimento foram avaliadas as áreas de atenção Satisfação Conjugal e Planeamento Familiar. No que se refere à Satisfação Conjugal, foram colocadas questões lineares, circulares e de escala ao dois elementos do casal, tendo este manifestado terem uma Relação Dinâmica Funcional (manifestada pela satisfação com a divisão/partilha das tarefas domésticas, com o tempo que estão juntos e com a forma como cada um expressa os sentimentos), uma Comunicação Eficaz (dado que o casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um, chega a acordo quando há discordância de opinião e revela satisfação com o padrão de comunicação), uma Interação Sexual Adequada (uma vez que o casal demonstra conhecimento sobre sexualidade e satisfação com o padrão de sexualidade) e uma Função Sexual Não comprometida (ausência de disfunções sexuais). Deste modo, enunciou-se o diagnóstico Satisfação Conjugal Mantida, que constitui uma força e recurso da família.

Relativamente à área de atenção Planeamento Familiar, foram realizadas as atividades diagnósticas nas subáreas Conhecimento sobre Vigilância Pré-Concepcional, Uso de Contracetivos e Conhecimento sobre Reprodução, com recurso perguntas lineares, não tendo sido identificadas necessidades de intervenção. Em relação à subárea Fertilidade, foram identificadas necessidades de saúde, estando no Quadro 2 descritas a atividade diagnóstica, o diagnóstico, as intervenções, especificando as atividades que concretizam as intervenções e respetiva fundamentação e, por fim, a avaliação dos resultados obtidos.

Quadro 2 - Avaliação da área de atenção Planeamento Familiar, na subárea Fertilidade da Família L

Foco	Planeamento Familiar
Fertilidade	
Fertilidade: O casal planeia / não planeia ter filhos ou mais filhos	
Atividade diagnóstica Planeiam ter filhos?	Dados O casal planeia ter filhos, tem antecedentes de 2 abortos espontâneos em 2018 e 2019 e já ponderou adotar.
Fertilidade: Alterações na fertilidade do casal	
Atividade diagnóstica Na vossa opinião, consideram ter alterações de fertilidade?	Dados Sr. R e Sr.ª C- Sim consideramos. Sr.ª C- “Tenho antecedentes de 2 abortos espontâneos em 2018 e 2019”.
Fertilidade: Conhecimento demonstrado do casal sobre métodos de fertilização artificial	
Atividade diagnóstica É acompanhada ou foi nalguma consulta de fertilidade?	Dados Sr.ª C “Não estou a ser acompanhada em nenhuma consulta de fertilidade”. “Após os abortamentos nunca mais tomei contraceptivo e na consigo engravidar”.
Fundamentação	Como é possível inferir dos dados obtidos, o casal deseja ter filhos, contudo apesar do casal não utilizar método contraceptivo há dois anos, a Srª C ainda não engravidou. A Srª C tem como antecedentes pessoais dois abortos espontâneos, tendo o casal sido avaliado em consulta da especialidade de fertilidade, não tendo sido diagnosticada nenhuma alteração fisiológica. Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel crucial no reconhecimento e compreensão dos sentimentos e emoções de cada elemento do casal, auxiliando-os na procura de estratégias de coping para lidar com a situação vivenciada (Fonseca, 2016).
Subdiagnóstico	Fertilidade Comprometida
Diagnóstico:	Planeamento Familiar Não Eficaz manifestado por Fertilidade Comprometida
Intervenções	Escutar ativamente o casal sobre sentimentos e emoções relacionadas com a infertilidade

	Promover a comunicação expressiva das emoções Orientar o casal para serviços médicos (consulta multidisciplinar de infertilidade)
Fundamentação	Procurou-se compreender o impacto da infertilidade na saúde dos elementos do casal, identificando as reações que podem afetar a sua saúde mental durante o processo de consciencialização nesta área. A infertilidade pode provocar uma série de perturbações no equilíbrio emocional, resultando em sentimentos de tristeza, preocupação, ansiedade e, por vezes, culpa, especialmente quando o principal foco na vida futura do casal é a maternidade (Fonseca, 2016). Um diagnóstico e plano de intervenção detalhados são fundamentais para auxiliar o casal no planeamento familiar, abordando tanto os aspetos físicos quanto emocionais envolvidos na sua saúde reprodutiva, visto ter necessidade de intervenção perante o diagnóstico identificado. A colaboração contínua com profissionais de saúde especializados ajudará a monitorizar e ajustar o plano de cuidados conforme necessário, garantindo um suporte integral ao casal.
Ações que concretizam as Intervenções (ACI) Questões de intervenção sistémica (circulares, reflexivas, estratégicas) Enfermeira -Ter um filho é um marco importante para a vossa vida? Sr. R- Sim, claro. Mas se não conseguirmos, paciência não é por isso que vamos deixar de ser felizes... Enfermeira -Como casal conseguem dialogar abertamente sobre o problema de não conseguirem ter filhos? SrªC-Sim, sempre. Já ponderamos adotar, mas as burocracias ...são tantas, que desistimos” Enfermeira -Sentem que teve impacto na vossa relação como casal? Sr. R- O problema da infertilidade, uniu-nos mais como casal, apoiamo-nos um ao outro o que fortaleceu a nossa relação e reafirmou o desejo de permanecermos juntos, independentemente de sermos pais ou não. Enfermeira -Como casal como encaram o problema? SrªC -Com esperança que ainda vou conseguir engravidar. Tenho consciência que a minha obesidade não ajuda. Enfermeira - Parece-me que ter a consciência de que a obesidade pode ser um fator dificultador para engravidar é bastante importante. Acha que está motivada para fazer alterações nos seus estilos de vida, de modo a diminuir o seu peso? SrªC - Sim Srª Enfermeira, gostaria muito. Enfermeira – Enquanto casal, têm interesse em ser encaminhados para a consulta multidisciplinar de infertilidade? SrªC - Sim Srª Enfermeira.	
Avaliação dos Resultados	

Não foi identificado em nenhum dos elementos do casal sinais de alterações emocionais relativos a esta questão. Pelo contrário, apresentavam sinais de que tinham aprendido a lidar com a situação, que estavam muito bem informados e já tinham ponderado até a adoção de uma criança. Foi realizada a referência do casal para a consulta multidisciplinar de infertilidade com a sua concordância, aguardando-se neste momento o agendamento da mesma. Apesar das intervenções implementadas, não foi possível a alteração do status do diagnóstico.

Diagnóstico: Planejamento Familiar Não Eficaz manifestado por Fertilidade Comprometida

Dimensão Funcional

Em relação à Dimensão Funcional foram avaliadas as subáreas Coping Familiar e Interação de Papéis Familiares na área Processo Familiar, com recurso a questões lineares, circulares e de escala, não se tendo identificado alterações nestas subáreas. Não se considerou necessária a avaliação da Comunicação e Relação Dinâmica, dado que este núcleo familiar é composto apenas pelo casal e estas subáreas já foram anteriormente avaliadas no âmbito da Satisfação Conjugal. Assim, formulou-se o diagnóstico Processo Familiar Não Disfuncional, que se constitui uma força e recurso da família.

Simultaneamente à avaliação e intervenção familiar foi desenvolvido um plano de cuidados personalizado baseado nas necessidades individuais de cada membro do casal.

Prestação de Cuidados aos Membros Individualmente - Sr. R

Para o Sr. R, considerando as suas especificidades, foram avaliadas as áreas de atenção: Pressão Arterial, Gestão do Regime Terapêutico, Adesão ao Regime Terapêutico, Uso de Álcool, Uso de Tabaco, Adesão à Vacinação e Comportamento de Procura de Saúde.

O Sr. R tem o Programa Nacional de Vacinação (PNV) atualizado e realiza consultas de vigilância de saúde semestralmente. Apresenta um valor tensional controlado, 122/76 mmHg, manifestado Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso, que cumpre. Em relação ao Regime Dietético e ao Regime de Exercício Físico, o Sr. R apresenta conhecimento, contudo não cumpre as orientações nestas áreas, uma vez que não pratica atividade física, nem as orientações relativas ao Regime Dietético (quatro refeições por dia, bebe pouca água e come bolos diariamente ao lanche). Apresenta um peso de 85,2Kg, o que se traduz num Índice de Massa Corporal (IMC) de 31,6 Kg/m². Refere que não fuma e ingere apenas um copo de vinho ao jantar.

Deste modo, foram reconhecidos como recursos e forças do Sr. R os seguintes diagnósticos: Adesão à Vacinação Demonstrado; Sem Hipertensão Arterial; Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Demonstrado; Comportamento de Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrado; Gestão do Regime Medicamentoso Demonstrado; Sem Abuso de Tabaco; Sem Abuso de Álcool e Comportamento de Procura de Saúde Demonstrado.

Como diagnósticos que requerem intervenção foram identificados: Obesidade (IMC: 31,6 Kg/m²); Comportamento de Adesão ao Regime de Exercício Não Demonstrado; Comportamento de Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrado. Assim, foram implementadas intervenções colaborativas com o Sr. R, no intuito de ensinar e incentivar sobre hábitos de exercício conforme as orientações do Plano Nacional de Promoção Atividade Física (PNPAF) (DGS, 2018) e hábitos alimentares saudáveis de acordo com as orientações do Plano Nacional de Promoção de Alimentação Saudável (PNPAS) (DGS, 2020). Em relação às ações que concretizaram as intervenções para promover a Adesão ao Regime de Exercício e Dietético, foram utilizadas técnicas como o a elaboração do genograma da família de origem de forma interativa. Os pais do Sr. R. também eram portadores de obesidade. Esta técnica levou o Sr. R. a consciencializar-se do histórico familiar e permitiu-lhe identificar uma série de fatores, genéticos, sociais, ambientais ou relacionados aos hábitos familiares, bem como aqueles com etiologia desconhecida, tendo sido bastante útil na percepção da doença e na volição para a mudança de estilos de vida e diminuição do peso.

Durante a intervenção, foi também utilizada uma questão milagre, direcionada para o futuro desejado, e as perguntas de escala, para o presente real com o intuito de promover adesão ao regime dietético e ao regime de exercício físico.

Foi colocada a “Questão Milagre”: “Imagine que um dia, por milagre, acorda e a obesidade simplesmente não existe. Como se sentiria? O que experimentaria? O que acha que mudaria na sua vida?”, tendo o Sr. R descrito a forma como ambos participariam em atividades com exercício físico e teriam uma alimentação mais saudável. Assim, direcionou-se a atenção do Sr. R, ajudando-o a construir uma visão futura sem o problema identificado, de modo a motivá-lo para a mudança de comportamentos. Deste modo, foi utilizado um conjunto de ferramentas que incluiu um breve “Guia para a Atividade Física” (DGS, 2018), procurando aumentar a literacia a este nível (Diretrizes gerais para o aumento dos níveis de Atividade Física (AF) e redução do comportamento sedentário), além de auxiliar a identificação individual dos benefícios da prática física que são mais relevantes. Seguidamente, auxiliou-se no processo de

implementação prática, tendo sido negociado e elaborado em conjunto com o Sr. R que visou facilitar o estabelecimento de objetivos realistas e mensuráveis, assim como a definição de uma estratégia de implementação, aspetos que a evidência científica tem demonstrado serem cruciais em processos de mudança comportamental. Neste sentido, colocaram-se questões como: “Na sua opinião quantas vezes por semana seria possível fazer a caminhada? (...) Então começaria neste momento com uma ou mais vezes por semana e o que acha de adotar um ritual semanal para as suas caminhadas? (...) Escolhia os dias da semana que teria mais disponibilidade, a hora e o percurso, até podia ir com a sua esposa, o que acha? (...)”

Este plano de ação centrou-se em mudanças comportamentais positivas sem pressão ou “obrigação”, tendo o Sr. R assumido o compromisso de passar a ir a pé tomar o pequeno-almoço à pastelaria, a partir de dezembro, ao domingo de manhã. Como eventuais dificuldades à implementação desta atividade, foi levantada a questão relacionada com o mau tempo, tendo sido adotada a estratégia de solução para a mesma, a compra de um impermeável para tornar possível a realização do ritual. Como alternativa a esta atividade, o Sr. R. também propôs a realização de exercício físico em casa.

Em relação à alimentação, abordou-se o Sr. R da seguinte forma: “Todos necessitamos de uma alimentação adequada. Na sua opinião, que estratégias poderá adotar para comer fruta ao lanche e beber mais água? (...) Parece-me uma boa opção, estaria disposto a começar já esta semana? (...) Vejo que está comprometido em melhorar a sua saúde e adotar hábitos mais saudáveis, dou-lhe os parabéns por isso”. As intervenções motivacionais segundo o modelo dos 5Rs, ajudaram o Sr. R a reconhecer a importância de mudar os hábitos alimentares, com recomendações alimentares baseadas em evidências científicas e acompanhamento contínuo no processo de mudança.

Quanto aos resultados, foram obtidos ganhos em saúde que se traduzem nos diagnósticos: Gestão do Regime de Exercício Demonstrado e Comportamento de Adesão ao Regime de Exercício Demonstrado (caminhadas pelo menos uma vez por semana, cerca de 45 minutos) e Gestão do Regime Dietético Demonstrado e Comportamento de Adesão ao Regime Dietético Demonstrado (introduziu a sopa às refeições, começou a beber mais água por dia e a fazer o lanche da tarde com fruta todos os dias na semana).

Apesar de ainda não se traduzir na mudança do diagnóstico Obesidade, houve também ganhos em saúde neste âmbito, uma vez que se verificou uma perda de peso de 1,5Kg do Sr. R, entre a primeira (09/11/2023) e a última (17/01/2024) consultas realizadas.

Prestação de Cuidados aos Membros Individualmente - Sr^a.C

Para a Sr^a. C, considerando as suas especificidades, foram avaliadas as áreas de atenção: Pressão Arterial, Gestão do Regime Terapêutico, Comportamento de Adesão ao Regime Terapêutico, Uso de Álcool, Uso de Tabaco, Adesão à Vacinação, Comportamento de Adesão ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero e Comportamento de Procura de Saúde.

A Sr^a. C tem o PNV atualizado e realiza consultas de vigilância de saúde semestralmente. Apresenta um valor tensional controlado, 116/80 mmHg, manifestando Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso, que cumpre. Em relação ao Regime Dietético e ao Regime de Exercício Físico, a Sr^a C apresenta conhecimento, contudo não cumpre as orientações nestas áreas, uma vez que não pratica atividade física, nem as orientações relativas ao Regime Dietético (não come fruta e muito poucos legumes, não come sopa, come um bolo diariamente). Apresenta um peso de 145 Kg, o que se traduz num IMC de 53,26 Kg/m². Refere que não fuma e não ingere bebidas alcoólicas.

Deste modo, foram identificados como recursos e forças da Sr^a. C os seguintes diagnósticos: Adesão à Vacinação Demonstrado; Sem Hipertensão Arterial; Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Demonstrado; Comportamento de Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrado; Gestão do Regime Medicamentoso Demonstrado; Comportamento de Adesão ao Rastreio do Cancro do colo do útero Demonstrado; Sem Abuso de Tabaco; Sem Abuso de Álcool e Comportamento de Procura de Saúde Demonstrado.

Como diagnósticos que requerem intervenção foram identificados: Obesidade; Comportamento de Adesão ao Regime de Exercício Não Demonstrado e Comportamento de Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrado. Assim, foram implementadas intervenções colaborativas com a Sr^a. C, no intuito de ensinar e incentivar sobre hábitos de exercício conforme as orientações do PNPAF (DGS, 2018) e hábitos alimentares saudáveis de acordo com as orientações do PNPAS (DGS, 2020). Em relação às ações que concretizaram as intervenções para promover a adesão ao regime de exercício e dietético, foram utilizadas as técnicas de reenquadramento (perguntas de intervenção reflexivas), ritual, metáfora e elogio: “(...) Sabe, quais são os riscos da obesidade? (...) Então tem consciência dos riscos que corre ao ter um peso tão elevado e não ter uma alimentação equilibrada, nem praticar exercício físico? (...) Sabe, existe um ditado que diz: “Boca que apetece, corpo que padece...” Este ditado quer fazer perceber que nem tudo o que nos sabe bem e que gostamos de comer, nos faz bem à saúde. Sabe, a obesidade pode conduzir a uma resposta inflamatória no nosso corpo,

inclusivamente nos ovários, o que também afeta a sua funcionalidade e pode causar prejuízo no desenvolvimento de embriões saudáveis, aumentando as taxas de abortos em mulheres obesas. Além disso, as complicações na gravidez aumentam em mulheres com obesidade. Já falamos na sua vontade de engravidar, acha que isso pode ser uma fonte de motivação para mudar os seus estilos de vida e diminuir o seu peso?”. As diretrizes gerais para o tratamento da obesidade recomendam intervenções no estilo de vida (mudanças na dieta e aumento da atividade física como abordagem prioritária), combinadas ou não com tratamentos médicos como medicamentos para perda de peso ou cirurgia bariátrica, de modo a reduzir as complicações da obesidade.

Continuou-se a intervenção dizendo: “Então e agora depois do que falamos, está disposta a mudar os seus hábitos alimentares e começar a fazer exercício físico? (...) Na sua opinião que benefícios teria se melhorasse a sua alimentação e praticasse alguma atividade física? (...) Vejo que reconhece os benefícios para a sua saúde e que tem uma excelente fonte de motivação para estas mudanças. Então, neste momento, que alterações estaria disposta a implementar nos seus hábitos alimentares (p.e. comer fruta, comer sopa no início da refeição)? E em relação à atividade física, que lhe parece começar a fazer caminhada? Na sua opinião quantas vezes por semana seria possível fazê-la? (...) Então propõe começar neste momento com duas vezes por semana? Escolhia os dias da semana que teria mais disponibilidade, a hora e o percurso, o que acha? (...) Vejo que está comprometida em melhorar a sua saúde e adotar hábitos mais saudáveis, dou-lhe os parabéns por isso”. No que se refere, aos resultados foram obtidos ganhos em saúde nos diagnósticos: Comportamento de Adesão ao Regime Exercício Demonstrado (caminhadas duas vezes por semana, durante 40 minutos) e Comportamento de Adesão ao Regime Dietético Demonstrado (introdução da sopa, começou a comer três peças de fruta por dia e substituiu o bolo por fruta).

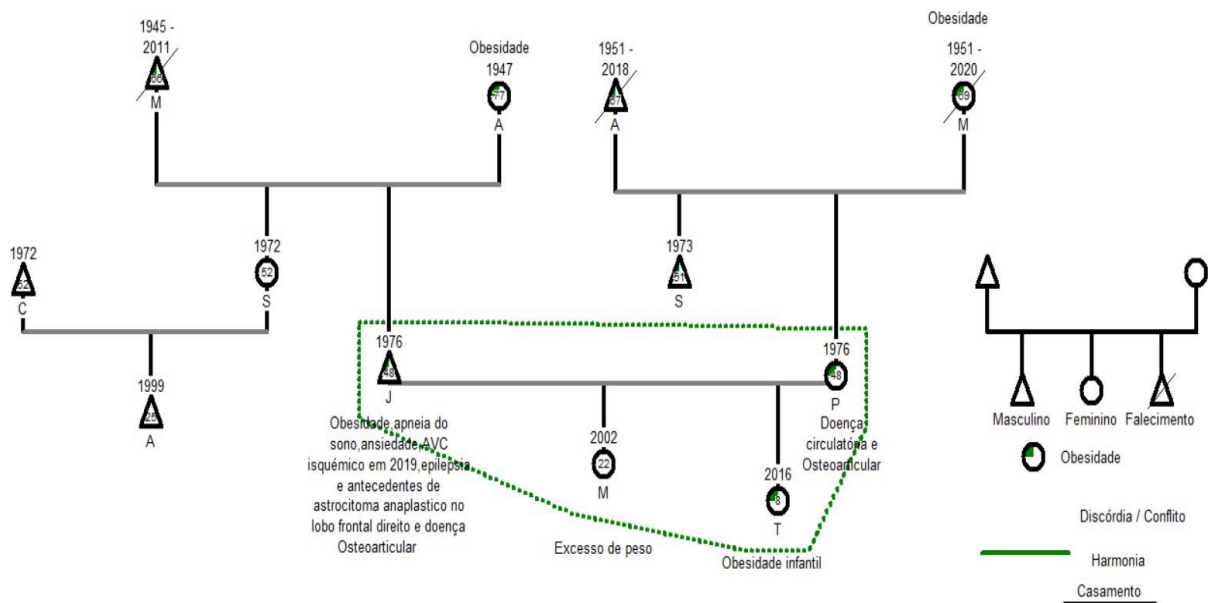
Apesar de ainda não se traduzir na mudança do diagnóstico Obesidade, houve também ganhos em saúde neste âmbito, uma vez que se verificou uma perda de peso de 2Kg da Sr^a. C, entre a primeira (09/11/2023) e a última (17/01/2024) consultas realizadas.

3.1.2. Família B

A família B é uma família nuclear com filhos, constituída pelo Sr. J e pela Sr.^a P, ambos com 47 anos e casados desde 1999. O Sr. J tem o 6º ano de escolaridade e desempenhou funções num matadouro em Portugal, emigrou de 2010 a 2019, e agora encontra-se reformado por doença oncológica. A Sr.^a P tem o 6º ano de escolaridade e é operária fabril. O casal tem duas filhas a M com 20 anos, que frequenta o Curso de Licenciatura em Nutrição, e a T com 7 anos, que frequenta o 2º ano de escolaridade. A Sr.^a P é o único elemento do agregado familiar que trabalha. Em 2013, o Sr. J foi diagnosticado com neoplasia Astrocitoma anaplástico no lobo frontal direito, tendo sido submetido a cirurgia, quimioterapia e radioterapia em 2013 e 2016, ainda emigrado. Atualmente, a doença encontra-se controlada embora tenha ficado com epilepsia como sequelas. Em 2019 teve um AVC isquémico, sem sequelas. Atualmente, tem apneia do sono, problemas osteoarticulares, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, dislipidemia e obesidade com IMC de 36,48 kg/m² (a fazer estudo para cirurgia bariátrica). Tem como antecedentes o abuso de tabaco (“...Fui fumador ativo, mas consegui largar o vício” como o próprio verbaliza, porque foi aconselhado quando teve o AVC, “...tenho muita vontade de voltar a fumar e fico muito ansioso por não fumar, sinto mesmo falta e ninguém me compreende...”). A Sr.^a P é portadora de obesidade, com um IMC de 38,60 kg/m². Atualmente tem problemas osteoarticulares e tromboflebite no membro inferior esquerdo. A M tem um IMC de 26,26kg/m² (excesso de peso) e tenta capacitar a família para hábitos alimentares saudáveis. T tem IMC de 23,7 kg/m² (obesidade infantil). A família encontra-se na etapa do ciclo vital família com filhos adolescentes.

No genograma desta família (Figura 4) está bem evidente a tendência transgeracional no que se refere à obesidade. É possível verificar que a obesidade tende a ser repetida nas gerações desta família. O enfermeiro, ao reconhecer o padrão de repetição, compreenderá a dinâmica familiar e poderá adotar estratégias de intervenção direcionadas e que envolvam toda a família.

Figura 4 - Genograma da Família B



A elaboração do genograma foi realizada de forma interativa com a família, tendo despertado o interesse dos seus membros pela narrativa partilhada e pela história familiar em si, promovendo a conexão e a comunicação, o que fortaleceu o relacionamento terapêutico. O genograma foi uma ferramenta gráfica, que simplificou a compreensão e a visualização dos desafios no âmbito psicossocial, além de ter auxiliado na formulação de abordagens terapêuticas, ampliando as intervenções em saúde.

Família Extensa

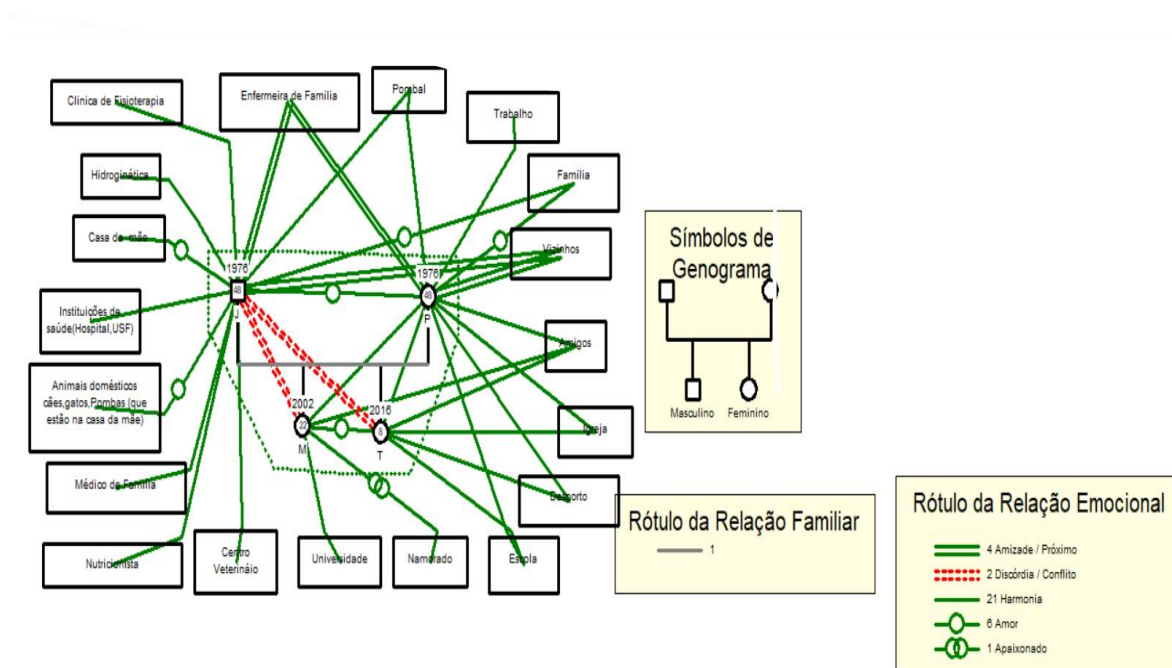
O contacto com a família extensa é realizado por telemóvel ou pessoalmente, diariamente entre o Sr. J e a sua mãe e semanalmente com a restante família. As funções destas relações são a companhia, o apoio emocional e guia cognitivo de conselhos.

Sistemas mais amplos

Foi elaborado um ecomapa (Figura 5) o que permitiu visualizar e analisar as relações entre os membros da família B, o sistema social e os seus ambientes externos, como a comunidade, os recursos disponíveis e os fatores de stress ou risco. Foi usado como uma ferramenta de

avaliação inicial e intervenção terapêutica, permitindo uma melhor compreensão do contexto na qual a família B está inserida, permitindo identificar áreas de força.

Figura 5 - Ecomapa da Família B



Classe Social

A classe social foi avaliada segundo a Escala de Graffar Adaptada e os resultados obtidos são indicativos de uma família da classe Média (Pontuação de 15 pontos no Graffar Adaptado: Grau 4 na profissão; Grau 3 na instrução; Grau 3 na origem do rendimento familiar; Grau 3 no tipo de habitação; Grau 2 no local de residência).

Foram realizadas 3 consultas na USF: a primeira consulta somente com o Sr. J, a segunda consulta com o casal (Sr. J e a Srª. P) e a terceira consulta com todos os membros do agregado familiar (Sr. J e a Srª P, as filhas M e T), cada consulta com a duração de 1 hora.

Dimensão Estrutural

No que concerne às áreas de atenção da dimensão estrutural (Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precaução de Segurança, Abastecimento de Água e Animal Doméstico) não foi identificada nenhuma necessidade de intervenção, mas são forças da família que ajudam a lidar com os desafios, na conquista de objetivos e na atuação integrada em todos os aspetos

da pessoa (Gottlieb, 2016).

Em relação às áreas de atenção avaliadas na dimensão estrutural para a família B, o Rendimento Familiar e o tipo de habitação foram ambos classificados no grau 3 na Escala Adaptada de Graffar. Os elementos da família verbalizaram não existir barreiras arquitetônicas, dispondo de ar condicionado e de equipamentos elétricos, demonstrando a família conhecimento sobre a sua utilização. O Abastecimento de Água é assegurado pela rede pública. A família tem como animais domésticos, três cães e quatro gatos, que estão vacinados e desparasitados e registados com chip de identificação. Deste modo, foram formulados os diagnósticos que se seguem, que representam forças e recursos da família: Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro; Precaução de Segurança Demonstrada; Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado.

Dimensão Desenvolvimento

Quanto à Dimensão de Desenvolvimento, foram avaliadas as áreas de atenção da Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar e Papel Parental.

No que se refere ao Planeamento Familiar, foram colocadas questões lineares, circulares e de escala aos dois elementos do casal, nas subáreas Conhecimento sobre Vigilância Pré-Concepcional, Uso de Contracetivos, Conhecimento sobre Reprodução e Fertilidade, não tendo sido identificadas necessidades de intervenção, tendo sido formulado o diagnóstico: Planeamento Familiar Eficaz.

Relativamente ao Papel Parental em família com filhos adolescentes, o casal demonstrou Conhecimento do Papel e Comportamento de Adesão ao Papel Parental, evidenciando Consenso do Papel e ausência de sinais de Conflito ou Saturação relacionados com o seu desempenho. Deste modo, foi enunciado o diagnóstico: Papel Parental Adequado.

Estes dois diagnósticos representam recursos e forças para a família.

Em relação à área de atenção Satisfação Conjugal, foram colocadas questões lineares, circulares e de escala aos dois elementos do casal, tendo estes manifestado terem uma Relação Dinâmica Disfuncional (manifestada pela não satisfação com a divisão/partilha das tarefas domésticas e com a forma como cada um expressa os sentimentos), uma Comunicação Eficaz (dado que o casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um, chega a acordo quando há discordância de opinião e revela satisfação com o padrão de comunicação), uma Interação Sexual Adequada (uma vez que o casal demonstra conhecimento sobre sexualidade e

satisfação com o padrão de sexualidade) e uma Função Sexual Comprometida (presença de disfunção sexual). Deste modo, enunciou-se o diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional e com Função Sexual Comprometida. Diante das necessidades de saúde identificadas, foi realizada a atividade diagnóstica, o diagnóstico, as intervenções, especificando as atividades que concretizam as intervenções e respectiva fundamentação e, por fim, a avaliação dos resultados obtidos descritos no Quadro 3.

Para esse fim, foram planejadas intervenções com a família, com os seguintes objetivos: promover a satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas; promover a satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos promover a identificação do tipo de disfunção (Perturbação do desejo sexual, disfunção erétil, Disfunção de ejaculação, Perturbações de orgasmo, Dispareunia, Vaginismo ou outras) e capacitar o casal para a mestria sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais (Quadro 3).

Quadro 3 - Avaliação da área de atenção Satisfação Conjugal, nas subáreas Relação Dinâmica, Comunicação, Interação Sexual e Função Sexual da Família B

Foco: Satisfação Conjugal	
Relação Dinâmica: Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
Atividade diagnóstica Sente-se satisfeito com a forma como partilham/dividem as tarefas domésticas? Numa escala em que 1 é nada satisfeito e 10 é muito satisfeito, quanto pontua o seu grau de satisfação? Em que tarefas colaboram os filhos? (pergunta a colocar a ambos) Já conversaram sobre a divisão de tarefas domésticas entre vocês? A que conclusões chegaram? Como gostaria que fossem divididas as tarefas domésticas, por forma a terem mais tempo para vocês e para outras atividades? (pergunta a colocar individualmente) O que acha do que o seu marido/ sua esposa disse? Concorda? Como a/o faz sentir?	Dados Srª P: “Pontuo com um 4. O meu marido está todo o dia em casa e não faz nada, só está bem na cama, no telemóvel. A M. realiza todas as tarefas domésticas.” Sr. J: “A minha filha está na cama a dormir toda a manhã, pode bem fazer...eu trato dos animais”. “O que sinto é revolta, são todas contra mim lá em casa”. O casal conversa várias vezes sobre a divisão das tarefas domésticas, tentam solucionar o problema, mas não ainda não conseguiram chegar a acordo.
Fundamentação: É comum que as esposas assumam desproporcionalmente as responsabilidades de cuidar dos filhos e das tarefas domésticas. Essa desigualdade na divisão das responsabilidades familiares pode impactar negativamente no relacionamento entre os cônjuges. A satisfação conjugal aumenta quando a carga de trabalho é igualmente compartilhada entre os parceiros (Graff et al., 2024).	
Relação Dinâmica: Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
Atividade diagnóstica Está satisfeito (a) com o tempo que passam juntos? Que importância tem o tempo que passam	Dados Srª P: “Sempre que podemos vamos passear, principalmente ao domingo à tarde. É muito importante para aliviar o stress e a ansiedade do meu marido.”

juntos? Que atividades recreativas gostam de partilhar? Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos?	Sr. J: “Temos tempo para nós e para estar em casal. Isso é importante. Eu gosto de estar com a minha esposa, mas também gosto e preciso de ir até casa da minha mãe, tenho lá um pombal, que me distrai muito”.
Fundamentação: A satisfação com o tempo compartilhado é um fator importante; os relacionamentos afetivos têm uma ligação direta com o bem-estar, sendo um dos elementos essenciais para a percepção de felicidade (Schlosser & Camargo, 2019). A ligação entre o bem-estar e a satisfação no relacionamento é uma das bases para a estabilidade dos casais, o que propicia a manutenção da díade. (Silva, Scorsolini-Comin & Santos, 2017).	
Relação Dinâmica: Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
Atividade diagnóstica Costuma conversar com o seu cônjuge sobre os seus sentimentos? Como reage quando o seu cônjuge expressa o que sente? Costuma chamar a atenção do cônjuge para comportamentos que considerara desadequados? Como o faz? Como reage o seu cônjuge quando expressa não ter gostado do(s) seu(s) comportamento(s)? E como reage quando o seu cônjuge faz o mesmo acerca dos seus comportamentos? Com quem realmente contam para se sentirem mais relaxados, quando estão tensos ou sob pressão? Sentem que podem realmente contar com o cônjuge quando precisam de ajuda?	Dados Sra.P: Costumo chamar à atenção do meu marido para os comportamentos que considero inoportunos. Quando o faço, ele não aceita, mas tem de ser”, “ele é muito nervoso, quando digo alguma coisa explode logo”. Sr. J.:” Não concordo, ela acha que estou maluco...vou para casa da minha mãe onde tenho um pombal e venho mais calmo “,” digo sempre o que sinto, quer gostem ou não”. Ambos sentem que podem contar um com o outro quando necessitam de ajuda.
Fundamentação: Estar presente na vida do outro vai além da mera presença física, envolvendo também a disponibilidade afetiva, isto é, estar disponível para o outro, seja para questões de suporte na individualidade ou até mesmo no companheirismo ao partilhar vivências e tarefas (Feijão & De Moraes, 2018).	
Subdiagnóstico: Relação dinâmica disfuncional	
Comunicação: 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 marido/esposa? Na última semana, quantas vezes confidenciaram um ao outro os vossos problemas? Costuma ouvir com atenção as preocupações do seu marido/esposa? Na sua opinião, o seu cônjuge é compreensivo? Na sua opinião, é compreensivo(a) com o marido/esposa? Como poderia melhorar a sua disponibilidade no sentido de uma melhor compreensão marido/esposa? Que importância atribui aos aspetos da comunicação, e m p a t i a e compreensão entre um casal?	Dados O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um. Sr.ª P: “Costumamos conversar sempre quando vamos para a cama, temos sempre o nosso momento a dois”, “Falamos dos sucessos, fracassos, problemas e alegrias. Partilhamos tudo um com o outro.” Sr. J: “Concordo com a minha esposa, embora seja muito nervoso compreendemo-nos.”
Fundamentação: Uma comunicação assertiva e positiva no relacionamento conjugal é o pilar fundamental para o sucesso de um relacionamento, inclusive no que diz respeito à atração e ao amor. Isso ocorre porque a comunicação é uma das formas mais eficazes de confiar e conhecer uma pessoa. Quando alguém confia no seu	

parceiro, é capaz de expressar os seus sentimentos, emoções e opiniões de maneira franca e aberta (Fonseca & Carvalho, 2016; Afonso, 2018; Gameiro & Corrêa, 2019).	
Comunicação: O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
Atividade diagnóstica Na sua opinião, numa escala em que 1 corresponde a nenhuma consideração e 10 ao máximo de consideração possível, quanto acha que leva em consideração a opinião do seu cônjuge? E quanto considera que deveria ser? Costumam ter opiniões semelhantes sobre alguns assuntos? A discordância de opiniões, usualmente, é sobre que temas? Consegue expressar a sua opinião livremente ao seu cônjuge? Na sua opinião, há um padrão de concordância ou de discordância sistemática entre vocês? Costuma fingir ter a mesma opinião do seu cônjuge, para evitar discussões? Numa semana, quantas vezes estão em discordância de opiniões? Na sua opinião, o seu cônjuge 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? Tentam solucionar os problemas em conjunto?	Dados O casal consegue chegar a acordo quando existe discordância de opinião. Referem levar em consideração a opinião um do outro, com uma pontuação de 10. Discordam muitas vezes, mas em questões sem grande importância. Sr.ª P: “Temos os mesmos valores, gostamos das mesmas coisas.” Sr. J: “Sim às vezes discutimos. Conversamos todos os dias, o que ajuda a que não fique nada por resolver. Sempre valorizando o respeito.” Referem que a discordância de opiniões, normalmente é sobre a filha M. e as tarefas domésticas. Consideram que normalmente expressam a opinião livremente. Na opinião do casal, há um padrão de discordância sistemática entre o casal: “Quase todos os dias estamos em discordância de opiniões”. Os dois verbalizam não expressar opiniões contrárias propositadamente e quando é necessário tomar uma decisão, pedem a opinião um do outro. Quando as divergências surgem o casal costuma fazer cedências e tentam sempre solucionar os problemas em conjunto.
Fundamentação: As competências de comunicação assertiva incluem comportamentos como: expressar opiniões, concordar, discordar, aceitar e recusar pedidos, desenvolver relacionamentos afetivos e sexuais, expressar raiva e finalizar relacionamentos (Rebeschini, 2016; Del Prette & Del Prette, 2019; Pantoja & Martins, 2020). Os autores também defendem que tais comportamentos são fundamentais para promover uma relação equitativa entre os parceiros, permitindo-lhes expressar as suas opiniões e necessidades, o que é crucial para o equilíbrio do relacionamento. Assim, é importante enfatizar que esses comportamentos são essenciais para criar uma relação de igualdade entre os membros do casal, permitindo que ambos expressem as suas opiniões e necessidades, equilibrando assim o seu relacionamento (Rebeschini, 2016; Del Prette & Del Prette, 2019; Pantoja & Martins, 2020).	
Comunicação: 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? 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 evitam conversar? Quando conversam estão a sós? Quando acontece algo muito bom ou	Dados Costumam ter momentos de diálogo enquanto casal. Quando acontece algo muito bom ou muito mau, contam um ao outro. O casal considera que tem capacidade de comunicar e de se compreender um ao outro, sem falar. Na opinião do casal, a comunicação entre os dois é muito importante.

muito mau, a quem conta primeiro? Considera que têm a capacidade de comunicar e de se compreender um ao outro, sem falar? - Na sua opinião, a comunicação entre os dois é importante? Costumam discutir? Em média, numa semana, quantas vezes discutem? Costumam elogiar o vosso cônjuge? Com que frequência? Como reage o seu cônjuge quando o elogia?	
Fundamentação: Durante a comunicação, cada um dos membros da díade impacta o outro ao compartilhar informações de caráter pessoal, o que cria uma realidade particular em cada casal (Bertoni & Bevilacqua, 2018). Del Prette e Del Prette (2019) destacam que a comunicação assertiva entre casais, além de ser um dos componentes mais cruciais para assegurar uma convivência harmoniosa, oferece várias vantagens. A primeira é que essa forma de comunicação permite estabelecer certos limites dentro do relacionamento. Esses limites podem se referir a aspetos ou comportamentos que um dos parceiros desaprova ou não tolera. A segunda vantagem é que, por meio da assertividade, é possível negociar com o parceiro as preferências individuais.	
Subdiagnóstico: Comunicação Eficaz	
Interação Sexual: Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
Atividade diagnóstica Quanto à sua sexualidade, à troca de afeto e carinho, estão satisfeitos ou gostariam que fosse diferente?	Dados Sr. J: “Sim” Srª P: “Sim, estou satisfeita”
Subdiagnóstico: Interação Sexual Adequada	
Função Sexual: Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
Atividade diagnóstica O Sr. J. referiu que não se sente como antes em relação à função sexual. Quer falar um pouco sobre isso?	Dados O Sr. J. refere que tem diminuição do desejo sexual e tem imensas dores osteoarticulares e refere que sexualmente já não é como antes até referiu que “...a minha esposa acha que eu tenho amantes...não sei o que se passa comigo ...”, “ando assim há cerca de 4 anos”. A Srª refere que o marido tem ereção matinal pouco intensa e que não consegue terminar a relação sexual.
Fundamentação: A presença de disfunções sexuais pode influenciar a satisfação conjugal, pois esta também está associada à intimidade física e ao contato sexual (Souza et al., 2020).	
Subdiagnóstico: Função Sexual Comprometida	
Diagnóstico: Satisfação Conjugal Não Mantida manifestada por Relação Dinâmica Disfuncional (não satisfação com a partilha das tarefas domésticas e com a forma como cada um expressa os seus sentimentos) e Função Sexual Comprometida (existência de disfunção sexual)	
Intervenções	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 Planear rituais familiares Motivar para atividades em conjunto Orientar para serviços médicos (disfunção erétil) Orientar para terapia familiar Orientar para serviços (psicologia)

Fundamentação	A distribuição equitativa de tarefas domésticas e adoção de práticas de cuidado contribuem para a construção de relações familiares e sociais mais justas, saudáveis e felizes (Van der Gaag et al., 2019). A presença de disfunções sexuais pode influenciar a satisfação conjugal, pois esta também está associada à intimidade física e ao contato sexual (Souza et al., 2020).
Atividades que concretizam as intervenções (ACI) Relação Dinâmica Disfuncional Iniciou-se a intervenção dizendo: “Srª P costuma pedir ao seu marido para participar nas tarefas domésticas? O que costuma pedir-lhe para fazer?”, ao que a Srª P responde não pedir ao marido para realizar tarefas domésticas, porque este não mostra vontade e que, por outro lado, a filha foi sempre motivada para a realização das tarefas domésticas. Continuou-se perguntando “Considera que a partilha das tarefas domésticas permitiria terem mais tempo para relaxar juntos e desfrutar de momentos de qualidade?” (questão colocada individualmente), tendo ambos respondido que sim. Abordou-se o Sr. J: “O que acha sobre o que a sua esposa disse sobre a realização das tarefas domésticas em casa?”, tendo ele respondido que encarando a situação dessa perspectiva, ela tinha razão. Questionou-se ainda a Srª P: “Considera que a colaboração do seu marido nas tarefas domésticas pode fortalecer a vossa relação e diminuir os conflitos entre vocês? ”, tendo respondido afirmativamente. Pediu-se à Srª. P que identificasse as vantagens que julgava poder haver com uma maior partilha das tarefas domésticas, tendo ela revelado que: “Elogiava-o e estávamos mais tempo juntos, sei que passa muitas horas durante o dia sozinho”, “eu ficava muito feliz...sempre que ele fizesse alguma atividade, era muito importante para mim e ele sentir-se-ia melhor pois distraia-se mais”. O recurso ao reenquadramento associado à conotação positiva, permitiu que o casal mudasse o centro da atenção no problema e situá-lo dentro da dinâmica familiar, atribuindo significados relacionais. Procurou-se realizar um reenquadramento, de modo que a família encarasse a situação de uma outra forma e investisse na procura de possíveis soluções (Gouveia-Pereira & Miranda, 2022). Seguiu-se com as questões: “Podem apontar algumas estratégias em conjunto para ultrapassar esse problema?” , “Podem dar exemplos de tarefas que cada um poderia fazer?”: Sr.ª P: “O J podia fazer o almoço, ajudar ao jantar a colocar e retirar a louça da mesa, arrumar o quarto, pôr as roupas sujas no cesto.” Sr. J: Posso fazer essas coisas, sim. Função sexual comprometida Procedeu-se ao agendamento de consulta para o médico de família e realizou-se a referenciação para a consulta de psicologia.	
Avaliação dos Resultados Na 3ª consulta ao questionar sobre a satisfação com a distribuição das tarefas domésticas, foi possível perceber que o Sr. J tem realizado algumas atividades domésticas (como pôr a mesa, aquecer o almoço para ele e para a filha e fazer a cama). Neste sentido, o casal demonstrou estar mais satisfeito neste âmbito, tendo respondido à questão de escala sobre o assunto com um valor de 7. A Srª. P partilhou que o Sr. J, após a consulta de psicologia, ficou mais calmo, passou a ser capaz de respeitar a opinião dela e da filha, demonstrando que lida melhor com quem pensa e age de modo diferente do seu. O casal manifestou satisfação com a forma como agora cada um expressa os seus sentimentos. Na sequência da consulta com o médico de família, o Sr. J foi encaminhado para a consulta hospitalar da especialidade, estando a aguardar o agendamento da consulta. Os resultados obtidos após a intervenção permitiram atingir alguns dos objetivos acordados, especialmente no que concerne ao nível da relação dinâmica funcional, demonstrado pela melhoria da satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas e com a satisfação do casal e com a forma como cada um expressa os seus sentimentos.	
Subdiagnóstico: Relação Dinâmica Não Disfuncional	
Subdiagnóstico: Função Sexual Comprometida	
Diagnóstico: Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada por Função Sexual Comprometida	

Dimensão Funcional

Em relação à Dimensão Funcional, foram avaliadas as áreas de atenção, identificando os seus pontos fortes e recursos disponíveis. Na dimensão funcional, foi diagnosticado um processo familiar disfuncional relacionado com uma Comunicação Familiar Não Eficaz, Coping Familiar Não Eficaz e Relação Dinâmica Disfuncional.

Na dimensão Funcional, foi avaliada a área de atenção do Processo Familiar, tendo sido identificado o diagnóstico que constitui como força e recurso para a família: a Interação de Papéis Eficaz e crenças Familiares. Assim, foram planeadas intervenções com a família, com os seguintes objetivos: promover a satisfação dos membros relativamente ao modo como expressam os sentimentos e aceitação da família relativamente á expressão dos sentimentos dos seus membros, o impacto que os sentimentos de cada um têm na família, satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família e a forma como cada um se expressa os sentimentos ; promover satisfação com a forma como se discutem os problemas e como experiencias anteriores positivas da família podem ser usadas na resolução dos problemas; promover satisfação da família relativamente á forma como a família manifesta a sua união.

No Quadro 4, estão descritas: as atividades diagnósticas realizadas através de perguntas avaliativas e sua fundamentação; os resultados, através das narrativas dos membros da família; os diagnósticos; as intervenções; as atividades que concretizam as intervenções e respetiva fundamentação e por fim a avaliação dos resultados.

Quadro 4 - Avaliação da área de atenção Processo Familiar, nas subáreas Comunicação Familiar, Coping Familiar, Interação de Papéis e Relação Dinâmica da Família B

Foco: Processo Familiar	
Comunicação Familiar: Comunicação Emocional	
Atividade Diagnóstica Quem na família expressa mais os sentimentos? Na vossa opinião qual o grau de satisfação dos membros da família relativamente ao modo de expressão de sentimentos? Existe aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros? Que impacto têm os sentimentos de cada um nos restantes membros da família?	Dados Quem na família expressa mais os sentimentos é o Sr. J. Relativamente ao modo de expressão de sentimentos, os elementos da família não se sentem satisfeitos. O Sr. J refere se expressa de forma mais agressiva, porque sente a necessidade de fumar e não pode. A esposa e a filha mais velha verbalizam que partilham entre elas os seus sentimentos, mas que com o Sr. J é mais complicado. Não existe aceitação por parte da família da forma como cada um exprime os seus sentimentos. Sr. J: “A minha filha M não me ouve... falar com ela é em vão... não me escuta, só vê o lado dela e está sempre a fazer pouco de mim ...”. A família demonstrou que o impacto que os sentimentos de cada um tem nos restantes membros não é positivo.
Comunicação Familiar: Comunicação Verbal/ Não Verbal	

Atividade diagnóstica Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, cada um compreende de forma clara o que os outros dizem? Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros?	Dados Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, cada um compreende de forma clara o que os outros referem e que todos na família se expressam claramente quando comunicam verbalmente e não verbalmente com os outros.
Comunicação Familiar: Comunicação Circular	

Atividade diagnóstica Existe satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família? Qual o impacto que tem na família a forma como cada um se expressa?	Dados Na consulta foi possível perceber a existência de alguns conflitos e discussões, principalmente entre o Sr. J e a filha M. Sr. J: “Falar com ela é em vão (...) não me escuta, só vê o lado dela e está sempre a fazer pouco de mim e a mãe ainda a defende...”. O Sr. J não consegue dialogar abertamente com a filha e orientá-la quanto às dúvidas que surgem nesta fase do desenvolvimento. Durante a entrevista, foi notório que nem todos os membros têm a mesma oportunidade de comunicar. O Sr. J adota o papel principal na família, limitando por vezes a comunicação da filha (no decorrer da consulta o Sr. J tem tendência a tentar responder a todas as questões, deixando pouco espaço para que os outros membros se manifestem).
---	--

Subdiagnóstico: Comunicação Familiar Não Eficaz manifestado por Comunicação Emocional Não Eficaz e Comunicação Circular Não Eficaz

Coping Familiar: Solução de problemas

Atividade diagnóstica Quem na família habitualmente identifica os problemas? Quem tem a iniciativa para resolver os problemas? Existe discussão sobre os problemas na família? Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas? (Se <i>NÃO</i> , especificar) A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas? (Se <i>SIM</i> , especificar) Existem experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas?	Dados Na família, habitualmente os problemas são identificados pelo Sr. J, que também é quem tem a iniciativa para os resolver. Na consulta, a família refere que discutem os problemas em conjunto, contudo, nem todos os membros estão satisfeitos com a forma como discutem e resolvem esses problemas. A filha manifesta desagrado neste âmbito, referindo que o pai não aceita a sua opinião. A família tenta mobilizar recursos externos para a resolução dos problemas, nomeadamente a USF e a escola. Existem experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas.
--	--

Subdiagnóstico: Coping Familiar Não Eficaz

Interação de Papéis Familiares: Papel provedor

Atividade diagnóstica Quem na família desempenha Papel Provedor?	Dados Ambos os membros do casal; existindo consenso no desempenho do papel e sem manifestação de conflito ou saturação do mesmo.
--	--

Interação de Papéis Familiares: Papel gestão financeira

Atividade diagnóstica Quem na família desempenha o Papel de gestão financeira da casa?	Dados Ambos os membros do casal; existindo consenso no desempenho do papel e sem manifestação de conflito ou saturação do mesmo.
--	--

Interação de Papéis Familiares: Papel Cuidado Doméstico

Atividade diagnóstica Quem na família desempenha Papel Cuidado Doméstico?	Dados É a M; existindo consenso no desempenho do papel e sem manifestação de conflito ou saturação do mesmo da sua parte.
---	---

Interação de Papéis Familiares: Papel Recreativo

Atividade diagnóstica Quem na família desempenha Papel Recreativo?	Dados Ambos os membros do casal; existindo consenso no desempenho do papel e sem manifestação de conflito ou saturação do mesmo.
--	--

Interação de Papéis Familiares: Papel de Parente

Atividade diagnóstica Quem na família desempenha Papel de Parente?	Dados É a Sra.P; existindo consenso na família quanto ao desempenho do papel e sem manifestação de conflito ou saturação do mesmo.
Subdiagnóstico: Interação de Papéis Eficaz e Interação de Papéis Não Conflitual	
Relação Dinâmica: Influência e Poder	
Atividade diagnóstica Quem é o membro com maior poder na família? Qual a vossa opinião sobre a satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos	Dados O membro com maior poder na família é a Sra.P. A família não apresenta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros, manifestando a

comportamentos dos outros?	Srª P e a M insatisfação com o comportamento do Sr. J em relação a elas.
Relação Dinâmica: Alianças e Uniões	
Atividade diagnóstica Utilizado como técnica a escultura. Existem na família alianças entre alguns dos seus membros? Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião?	Dados Propôs-se que cada elemento da família posicionasse, num determinado espaço, os restantes elementos à distância emocional que entende que esse elemento tem em relação aos membros da família. Observou-se que a Sra.P, M e T ficaram sempre juntas e afastadas do Sr. J. Quando se tentou perceber o porquê desta distribuição, a Srª P referiu considerar que foi pelo motivo do marido estar emigrado muitos anos. Segundo o Sr. J existe uma aliança entre a Sra. P e a filha M. Na perspectiva de M, existe uma aliança entre os pais. A Sra. P refere que sente que é a moderadora da relação pai-filha, de forma a atenuar os conflitos e discussões, tentando sempre manter-se numa posição neutra.
Subdiagnóstico: Relação Dinâmica Disfuncional	

Diagnóstico:	Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz, Coping Familiar Não Eficaz e Relação Dinâmica Disfuncional
Intervenções	Promover a comunicação expressiva das emoções. Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família. Planear rituais familiares Otimizar padrão de assertividade Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família Otimizar padrão de ligação

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):

No que se refere à comunicação familiar e à relação dinâmica, foi proposto à família um ritual familiar: que reservassem 20 a 30 minutos após o jantar, todos os dias, para conversarem entre si e partilharem o seu dia, problemas que surjam, receios e emoções, manifestar opiniões... A família aceitou a sugestão. Relativamente ao coping familiar, foi proposto à família a elaboração da “linha do tempo familiar”, tendo sido solicitado que fosse elaborada uma linha do tempo, em que fossem descritos os principais eventos da vida familiar. Pediu-se que fossem identificadas situações marcantes ou momentos de crise enfrentadas pela família e as estratégias utilizadas na sua resolução. Esta abordagem facilitou a identificação de estratégias de coping utilizadas em situações de crise anteriores e promoveu o desenvolvimento de novos padrões de interação, estratégias de resolução de problemas e regulação emocional (Bonato, Zorzi & Umiltà, 2012 citados em Polleto et al., 2014). A aplicação desta dinâmica da “Linha do Tempo”, permitiu à família avaliar o desenvolvimento familiar, os seus impactos e a sua correlação cronológica com os problemas atuais (Oliveira, 2019 citado em Fonseca et al., 2022). Continuou-se com recurso a uma metáfora: “Uma relação funciona muitas vezes como uma tempestade furiosa que assola o oceano tranquilo, lançando ondas de desentendimento e trovões de discordância. Mais cedo ou mais tarde, a tempestade acalma, o céu torna-se mais claro e o mar fica mais calmo. Também é o que acontece numa relação... Os problemas não duram para sempre, havendo um momento em que conseguem voltar a ter mais serenidade”. O recurso a esta metáfora teve como objetivo que a família se consciencializasse que os desafios e problemas fazem parte da vida familiar, mas que recorrendo às estratégias que identificou como eficazes na atividade anterior é possível a sua resolução, o que se traduz numa melhoria significativa nas suas vidas (De Shazer et al., 2007, conforme mencionado em Zatloukal, Žákovský & Bezdíčková, 2019).

Avaliação dos resultados

Não foi possível avaliar os resultados obtidos com a intervenção, por falta de comparência da família às restantes consultas, apesar das várias tentativas de agendamento. A família queria que todos os seus elementos estivessem presentes na consulta, o que não conseguia, tendo apresentado como motivos para isso a proximidade da época natalícia e posteriormente o início da época de exames. A continuidade dos cuidados será assegurada pela enfermeira de família.

Diagnóstico: Processo Familiar Disfuncional manifestado por Comunicação Não Eficaz, Coping Familiar Não Eficaz e Relação Dinâmica Disfuncional

Além da avaliação e intervenção familiar foi também elaborado um plano de cuidados individualizado para cada elemento da família B (Srª P e o Sr. J). Não foi prioritário elaborar um plano de cuidados individual para as filhas M e T, dado que, como já referido anteriormente, T está a ser acompanhada na consulta de nutrição e pratica exercício físico e a M pratica exercício físico no ginásio e frequenta o 2º ano do curso de Licenciatura em Nutrição.

Prestação de Cuidados aos Membros Individualmente - Srª P

Para a Srª P, considerando as suas especificidades, foram avaliadas as áreas de atenção: Pressão Arterial, Gestão do Regime Terapêutico, Comportamento de Adesão ao Regime Terapêutico, Uso de Álcool, Uso de Tabaco, Adesão à Vacinação, Comportamento de Adesão ao Rastreio do Cancro do colo do útero, Uso de Contracetivo e Comportamento de Procura de Saúde.

A Srª. P tem o PNV atualizado e realiza consultas de vigilância de saúde semestralmente. Apresenta um valor tensional controlado, 116/80 mmHg, manifestando conhecimento sobre o Regime Medicamentoso, que cumpre. Conhecimento sobre Uso de Contracetivo demonstrado e Uso de Contracetivo (Mirena) não comprometido. Em relação ao Regime Dietético e ao Regime de Exercício Físico, a Srª P apresenta conhecimento, contudo não cumpre as orientações nestas áreas, uma vez que não pratica atividade física, nem as orientações relativas ao Regime Dietético (não come fruta e muito poucos legumes, não come sopa, come doces quase diariamente). Apresenta um peso de 106 Kg, o que se traduz num IMC de 38,6 Kg/m². Refere que não fuma e não ingere bebidas alcoólicas.

Deste modo, foram identificados como recursos e forças da Srª. P os seguintes diagnósticos: Adesão à Vacinação Demonstrado; Sem Hipertensão Arterial; Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Demonstrado; Comportamento de Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrado; Gestão do Regime Medicamentoso Demonstrado; Comportamento de Adesão ao Rastreio do Cancro do colo do útero Demonstrado; Conhecimento sobre Uso de

Contracetivo Demonstrado, e Uso de Contracetivo (Mirena) Não Comprometido, Sem Abuso de Tabaco; Sem Abuso de Álcool e Comportamento de Procura de Saúde Demonstrado.

Os diagnósticos identificados com necessidade de intervenção foram: Obesidade; Comportamento de Adesão ao Regime de Exercício Não Demonstrado e Gestão do Regime de Exercício Não Demonstrado (não pratica atividade física); Comportamento de Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrado e Gestão do Regime Dietético Não Demonstrado (três refeições por dia). Assim, foram implementadas intervenções colaborativas com a Srª. P, no intuito de ensinar e incentivar sobre hábitos de exercício conforme as orientações do PNPAF (DGS, 2018) e hábitos alimentares saudáveis de acordo com as orientações do PNPAS (DGS, 2020).

De forma, colaborativa foram implementadas intervenções com a Srª P, no âmbito ensinar e incentivar sobre hábitos de exercício de acordo com as orientações do PNPAF (DGS, 2018) e hábitos alimentares saudáveis de acordo PNPAS (DGS, 2020). Quanto às ações que concretizaram as intervenções de forma a promover a Gestão e a Adesão ao Regime de Exercício e Dietético, foram utilizadas as técnicas de reenquadramento (perguntas de intervenção reflexivas, exceção), ritual, elogio e metáfora: Referiu que de vez em quando fazia caminhadas com o seu marido, sentia alguns benefícios na sua saúde e bem-estar? (...) Então parece-me que existe a possibilidade de voltar às caminhadas, visto que se sentia melhor? Que vantagens terá se retomar as caminhadas? (...) Na sua opinião quantas vezes por semana seria possível fazer a caminhada? (...) Então começaria neste momento com três vezes por semana e o que acha de adotar um ritual semanal para as suas caminhadas? (...) Escolhia os dias da semana que teria mais disponibilidade, a hora e o percurso, até podia ir com o seu marido, o que acha? (...) O nosso corpo é como um carro precisa de combustível para funcionar, por isso é importante termos uma alimentação saudável e água de forma regular ao longo do dia, senão a máquina vai começar a dar problemas e a funcionar mal, tal como o nosso corpo. (...) Na sua opinião, que estratégias poderá adotar para fazer os lanches? (...) Parece-me uma boa opção, estaria disposta a começar já esta semana? (...) Vejo que está comprometida em melhorar a sua saúde e adotar hábitos mais saudáveis, dou-lhe os parabéns por isso. Continuou-se a intervenção dizendo: “Então e agora depois do que falamos, está disposta a mudar os seus hábitos alimentares e começar a fazer exercício físico? (...) Na sua opinião que benefícios teria se melhorasse a sua alimentação e praticasse alguma atividade física? (...) Vejo que reconhece os benefícios para a sua saúde e que tem uma excelente fonte de motivação para estas mudanças. Então, neste momento, que alterações estaria disposta a implementar nos seus hábitos alimentares (p.e. comer fruta, comer sopa no início da refeição)? E em

relação à atividade física, que lhe parece começar a fazer caminhada novamente com o marido e realizar algumas atividades a pé (como levar a filha para a escola e a catequese a pé)? Na sua opinião quantas vezes por semana seria possível fazê-la? (...) Então propõe começar neste momento com duas vezes por semana? Escolhia os dias da semana que teria mais disponibilidade, a hora e o percurso, o que acha? (...) Vejo que está comprometida em melhorar a sua saúde e adotar hábitos mais saudáveis, dou-lhe os parabéns por isso”. No que se refere, aos resultados foram obtidos ganhos em saúde nos diagnósticos: Comportamento de Adesão ao Regime Exercício Demonstrado (caminhadas duas vezes por semana, durante 30 minutos) e Comportamento de Adesão ao Regime Dietético Demonstrado (introdução da sopa, começou a comer três peças de fruta por dia e substituiu os doces por fruta). No que diz respeito, aos resultados foram obtidos ganhos em saúde nos diagnósticos: Gestão Regime Exercício Demonstrado e Comportamento de Adesão ao Regime Exercício.

A Srª P também participou ativamente nos rituais familiares, juntos no jantar de sábado, a família faz controle de peso e compara com o tipo de atividades praticadas nessa semana, identificando forças e recursos para poder melhorar.” Realizar algumas atividades a pé como levar a filha para a escola e a catequese.

Apesar de ainda não se traduzir na mudança do diagnóstico Obesidade, houve também ganhos em saúde neste âmbito, uma vez que se verificou uma perda de peso de 1,5Kg da Srª. P, entre a primeira (29/09/2023) e a última (22/11/2023) consultas realizadas.

Prestação de Cuidados aos Membros Individualmente - Sr. J

Para o Sr. J, considerando as suas especificidades, foram avaliadas as áreas de atenção: Pressão Arterial, Gestão do Regime Terapêutico, Risco de Úlcera Diabética, Adesão ao Regime Terapêutico, Uso de álcool, Uso de tabaco, Adesão à Vacinação e Comportamento de Procura de Saúde.

O Sr. J tem o Programa Nacional de Vacinação (PNV) atualizado e realiza consultas de vigilância de saúde semestralmente. Apresenta um valor tensional controlado, manifestado Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso, que cumpre. Em relação ao Regime Dietético e ao Regime de Exercício Físico, o Sr. J apresenta conhecimento, contudo não cumpre as orientações nestas áreas, uma vez que não pratica atividade física, nem as orientações relativas ao Regime Dietético (duas refeições por dia, bebe pouca água e não come sopa às

refeições). Apresenta um peso de 123,5Kg, o que se traduz num IMC de 36,48 Kg/m². Refere que não fuma e não ingere bebidas alcoólicas.

Foram identificados os seguintes diagnósticos que se representam como recursos e forças: Adesão à Vacinação Demonstrada; Conhecimento sobre Prevenção Hipertensão Demonstrado e com hipertensão controlada (138/81mmhg) e sem hiperglicemia (100mg/dl); Conhecimento sobre Prevenção de Úlcera do Pé Demonstrado (tem conhecimento sobre os cuidados aos pés). Conhecimento sobre obesidade Demonstrado; Comportamento de Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrado; Gestão do Regime Medicamentoso Demonstrada; Risco de Úlcera Diabética em Grau Reduzido; Sem Abuso de Tabaco e Sem Abuso de Álcool.

Os diagnósticos identificados com necessidade de intervenção foram: Obesidade; Comportamento de Adesão ao Regime de Exercício não Demonstrado e Gestão do Regime de Exercício não Demonstrado (sem prática de atividade física); Comportamento de Adesão ao Regime Dietético não Demonstrado; e Gestão do Regime Dietético não Demonstrado (apenas duas refeições por dia). Foram implementadas intervenções, de forma colaborativa com o Sr. J, no âmbito ensinar, instruir e incentivar sobre hábitos de exercício de acordo com as orientações do PNPAF (DGS, 2018), hábitos alimentares saudáveis de acordo com as orientações PNPAS (DGS, 2020). O Sr. J está a ser acompanhado por nutrição e ia ser brevemente submetido a cirurgia bariátrica.

Em relação, às ações que concretizaram as intervenções de forma a promover a gestão e a adesão ao regime terapêutico, foram utilizadas as técnicas de reenquadramento (perguntas de intervenção reflexivas), ritual, elogio e metáfora: Qual a sua opinião em relação aos benefícios que teria se melhorasse a sua alimentação e praticasse alguma atividade física? (...) Vejo que reconhece os benefícios para a sua saúde, então neste momento, que mudanças estaria disposto a implementar (p.e. lanche da tarde, caminhada)? (...) Na sua opinião quantas vezes por semana seria possível fazer a caminhada ou exercício físico? (...) Então começaria neste momento com três vezes por semana e o que acha de adotar um ritual semanal para as suas caminhadas? Escolhia o dia da semana que teria mais disponibilidade, a hora e o percurso, o que acha? (...) Parece-me uma boa decisão, vejo que está comprometido em melhorar a sua saúde e adotar hábitos mais saudáveis, dou-lhe os parabéns por isso. Como diz o ditado, o hábito faz o monge, nós somos seres de hábitos, no início é mais difícil a mudança, mas depois ao fim de algumas semanas torna-se um hábito.

Este plano de ação centrou-se em mudanças comportamentais positivas sem pressão ou “obrigação”, tendo o Sr. J assumido o compromisso de participar ativamente nos rituais

familiares: ao sábado ao jantar a família faz controle de peso e compara com o tipo de atividade praticado nessa semana, identificando forças e recursos para poder melhorar, participar num protocolo que existe entre a USF e a Junta de Freguesia, que consiste em realizar grátis três vezes /semana hidroginástica. Realiza fisioterapia ao qual optou por realizar o trajeto a pé.

Em relação à alimentação, abordou-se o Sr. J da seguinte forma: “Todos necessitamos de uma alimentação adequada. Na sua opinião, que estratégias poderá adotar para comer fruta ao lanche e sopa às refeições? (...) Parece-me uma boa opção, estaria disposto a começar já esta semana? (...) Vejo que está comprometido em melhorar a sua saúde e adotar hábitos mais saudáveis, dou-lhe os parabéns por isso”. As intervenções motivacionais segundo o modelo dos 5Rs, ajudaram o Sr. J a reconhecer a importância de mudar os hábitos alimentares, com recomendações alimentares baseadas em evidências científicas e acompanhamento contínuo no processo de mudança.

Quanto aos resultados, foram obtidos ganhos em saúde que se traduzem nos diagnósticos: Gestão do Regime de Exercício Demonstrado e Comportamento de Adesão ao Regime de Exercício Demonstrado (hidroginástica três vezes por semana e caminhada duas vezes por semana cerca de 60 minutos), Gestão do Regime Dietético Demonstrado e Comportamento de Adesão ao Regime Dietético Demonstrado (introduziu a sopa às refeições, começou a beber mais água por dia e a fazer o lanche da tarde com fruta todos os dias na semana).

Apesar de ainda não se traduzir na mudança do diagnóstico Obesidade, houve também ganhos em saúde neste âmbito, uma vez que se verificou uma perda de peso de 2,5 Kg do Sr. J, entre a primeira (29/09/2023) e a última (22/11/2023) consultas realizadas.

3.1.3. Ganhos em Saúde das Famílias

- Taxa de avaliação familiar: Percentagem de famílias avaliadas na Dimensão Estrutural em relação ao total de famílias - 100%.
- Composição Familiar: Percentagem de famílias avaliadas na Composição Familiar em relação ao total de famílias - 100%.

- Tipo de Família: Percentagem de famílias avaliadas no Tipo de Família em relação ao total de famílias - 100%.
- Família Extensa: Percentagem de famílias avaliadas em Família Extensa em relação ao total de famílias - 100%.
- Sistemas mais amplos: Percentagem de famílias avaliadas em Sistemas mais amplos em relação ao total de famílias - 100%.

Avaliação Estrutural

- Edifício Residencial: Percentagem de famílias avaliadas em Edifício Residencial em relação ao total de famílias - 100%.
- Rendimento Familiar: Percentagem de famílias com Rendimento Familiar em relação ao total de famílias - 100%.
- Precaução de Segurança: Percentagem de famílias avaliadas com Precaução de Segurança em relação ao total de famílias - 100%.
- Abastecimento de Água: Percentagem de famílias avaliadas com Abastecimento de Água em relação ao total de famílias - 100%.
- Animal Doméstico: Percentagem de famílias avaliadas com Animal Doméstico em relação ao total de famílias - 100%.

Avaliação de Desenvolvimento:

- Taxa de avaliação familiar na Dimensão Desenvolvimento: Percentagem de famílias avaliadas na Dimensão de Desenvolvimento em relação ao total de famílias - 100%.
- Satisfação Conjugal: Percentagem de famílias avaliadas na Satisfação Conjugal em relação ao total de famílias com subsistema conjugal - 100%.
- Planeamento Familiar: Percentagem de famílias avaliadas no Planeamento Familiar em relação ao total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil - 100%.
- Papel Parental: Percentagem de famílias avaliadas no Papel Parental em relação ao

total de famílias com subsistema parental - 100%.

Avaliação Funcional:

- Taxa de avaliação na Dimensão Funcional: Percentagem de famílias avaliadas na Dimensão Funcional em relação ao total de famílias - 100%.
- Processo familiar: Percentagem de famílias avaliadas no Processo Familiar em relação ao total de famílias - 100%.
- Percentagem de famílias com Processo Familiar Disfuncional em relação ao total de famílias - 50%.

Diante das necessidades identificadas e com o objetivo de explanar de forma clara, objetiva e sintética o âmbito da avaliação e intervenção familiar nas diferentes famílias com membro adulto portador de obesidade, serão expostos os resultados obtidos decorrentes das intervenções realizadas.

Considerando os dados colhidos, as famílias foram avaliadas em todas as áreas de atenção referentes à Dimensão Estrutural, atingindo uma taxa de avaliação de 100%. As áreas de atenção avaliadas levaram em conta as narrativas dos diferentes membros durante as consultas e as consequentes necessidades.

Na Dimensão de Desenvolvimento, todas as famílias foram avaliadas nas áreas de atenção Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar e Papel Parental, resultando numa taxa de avaliação de 100%.

No que diz respeito à Dimensão Funcional, houve uma taxa de avaliação do Processo Familiar de 100%. Em nenhuma delas foi realizada a avaliação do Papel de Prestador de Cuidados, já que não se constatou a existência de um compromisso ou dependência de autocuidado nos membros das famílias avaliadas.

Pode então concluir-se que em nenhuma das famílias avaliadas foi identificada qualquer necessidade de saúde no âmbito da Dimensão Estrutural.

Na Dimensão de Desenvolvimento, especificamente na área de atenção Satisfação Conjugal, o diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida foi identificado numa das famílias avaliadas.

Nesta família os resultados obtidos após a intervenção permitiram atingir alguns dos objetivos acordados, especialmente no que concerne ao nível da Relação Dinâmica que passou a ser

funcional, demonstrada pela melhoria da satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas e com a satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos. Contudo não foi possível a modificação do diagnóstico devido à Função Sexual Comprometida.

Em duas das famílias avaliadas não foi possível identificar diagnósticos familiares, dado só ter estado presente um dos membros da família nas consultas realizadas.

Numa família foi identificado o diagnóstico Planeamento Familiar Não Eficaz relacionado com Fertilidade Comprometida. Nesta família não foi identificado em nenhum dos elementos do casal sinais de alterações emocionais relativos a esta questão. Pelo contrário, apresentavam sinais de que tinham aprendido a lidar com a situação, que estavam muito bem informados e já tinham ponderado até a adoção de uma criança. Foi realizada a referenciação do casal para a consulta multidisciplinar de infertilidade com a sua concordância, aguardando-se neste momento o agendamento da mesma. Apesar das intervenções implementadas, não foi possível a alteração do *status* do diagnóstico.

Na Dimensão Funcional, uma das famílias apresentou o diagnóstico Processo Familiar Disfuncional, necessitando de intervenção. Não foi possível avaliar os resultados obtidos com a intervenção, por falta de comparência da família às restantes consultas, apesar das várias tentativas de agendamento. A família queria que todos os seus elementos estivessem presentes na consulta, o que não foi possível, tendo a mesma apresentado como motivos para isso a proximidade da época natalícia e posteriormente o início da época de exames. A continuidade dos cuidados ficou assegurada pela enfermeira de família.

Em todas as famílias, houve necessidade de intervir na gestão do regime terapêutico no âmbito dos comportamentos de adesão não demonstrados pelos seus membros, promovendo esses comportamentos e incentivando a assiduidade às consultas. Foram utilizados vários tipos de questionamento (linear, estratégico, reflexivo, circular e de escala), bem como diversas técnicas de intervenção ativa (questão milagre, metáfora, rituais terapêuticos), a que se associaram o elogio às forças da família, a promoção da literacia, o incentivo para que os membros das famílias narrassem a sua perspetiva e o estímulo ao apoio familiar em 100% das famílias que necessitaram de intervenção. Em 100% das famílias foram validadas ou normalizadas as respostas emocionais dos membros. De acordo com os dados acima indicados, foi possível afirmar cada família foi avaliada nas áreas de atenção adequadas às suas especificidades e que se registaram ganhos em saúde em todas as famílias.

De um ponto de vista geral, e considerando as diferentes condicionantes, foi possível concluir que as intervenções realizadas no âmbito da ESF potencializaram os ganhos em saúde nas famílias com membro adulto portador de obesidade relatadas no presente relatório.

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

A competência relacionada com a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, conforme estabelecido no Regulamento de Competências Específicas do EEECESF, engloba a articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados às famílias, fomentando a colaboração interdisciplinar, orientando a família para aprimorar a qualidade e o custo dos diversos serviços oferecidos, gerindo e promovendo a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais e ou instituições e quando necessário, referenciando a família para outros profissionais de saúde. De acordo com o mesmo Regulamento envolve ainda a gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção, que o enfermeiro operacionaliza ao garantir processos de mentoria e coaching para os membros da equipa interdisciplinar, ao colaborar nas fases de planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas com enfoque na saúde da família, ao promover uma cultura organizacional de formação, prática e pesquisa interprofissional, ao utilizar sistemas de informação e recursos tecnológicos (não só para melhorar os resultados na área da ESF, mas também para dar visibilidade ao conhecimento produzido nesta área disciplinar da Enfermagem) (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No presente capítulo abordam-se as atividades desenvolvidas no âmbito destas competências.

3.2.1. Articulação com Equipas de Saúde, mobilizando os recursos necessários para a Prestação de Cuidados à Família

Alinhado ao conceito de interdependência técnica, surge o conceito de multiprofissionalidade, que envolve a utilização de diferentes abordagens de trabalho. Assim, a prática deve integrar ambos os conceitos e transcendê-los, dando espaço à interdisciplinaridade. Esta permite adotar uma perspetiva abrangente e complementar (Neves, 2012). Os enfermeiros de família, ao possuírem uma visão sistémica do cliente alvo de cuidados, devem garantir a manutenção dessa interdisciplinaridade, articulando com os diferentes grupos profissionais e serviços de saúde, a fim de assegurar uma prestação de cuidados holística e a continuidade dos mesmos (Schlunegger et al., 2022).

Ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório-Módulo I e no Estágio de Natureza Profissional com Relatório-Módulo II, focalizou-se de maneira abrangente a abordagem entre grupos profissionais e/ ou encaminhamento dos membros das famílias conforme a necessidade identificada. Inicialmente, foram realizadas consultas de enfermagem com as famílias, tendo os dados resultantes da avaliação da família e dos seus membros, bem como os diagnósticos enunciados e as intervenções implementadas sido documentados no sistema informático SClínico®, tornando-os acessíveis à equipa de saúde familiar. Esta partilha de informação dentro da equipa multidisciplinar promove a colaboração interdisciplinar e interprofissional e proporciona espaço para a discussão das necessidades percebidas.

No contexto de referenciação, as famílias foram encaminhadas para o médico de família de modo que se concretizasse a referenciação para a consulta multidisciplinar hospitalar relacionada com o tratamento da obesidade. Os membros das famílias também foram motivados para participar em projetos de intervenção comunitária: projeto “hidroginástica”, resultado de um protocolo entre a USF e a Junta de Freguesia; projeto “Walk with a Doc”, que é um projeto de parceria entre a USF e a autarquia, incluído no Plano Local de Saúde, que inclui caminhadas organizadas pela freguesia onde está inserida a USF, aos sábados, para pessoas de todas as idades; projeto “Pista Mágica”, projeto de voluntariado desenvolvido pela USF, cujo objetivo é ajudar as pessoas com depressão e ansiedade a fomentar a autoestima e aumentar a autovalorização. No âmbito deste último projeto, era realizada formação às pessoas que o integravam e posteriormente, essas pessoas integravam várias atividades, tais como: apoiar a Cruz Vermelha na loja solidária na separação de roupas; dar apoio nas escolas

com crianças portadoras de deficiência e organizar jogos. Este projeto terminou em janeiro de 2024 e foi patrocinado pelo European Economic Area Grants, Fundo de Coesão criado pela Noruega, Islândia e Liechtenstein e que despertou interesse de vários países europeus.

Os utentes eram informados e encaminhados sempre com a devida autorização prévia, gerindo e assegurando a continuidade de cuidados de saúde.

3.2.2. Gestão do Sistema de Cuidados de Saúde Familiar aos diferentes níveis de prevenção

Na equipa de saúde, o enfermeiro assume uma posição privilegiada para apoiar o indivíduo portador de obesidade e família neste complexo processo (Ploeg et al., 2020). O trabalho de proximidade é muito importante para identificar e responder precocemente às necessidades que possam surgir, permitindo prevenir e diagnosticar precocemente eventuais complicações. Diante do exposto, os enfermeiros têm de fundamentar a sua tomada de decisão numa base concetual sólida e documentar os cuidados prestados nos sistemas de informação em enfermagem (SIE), devendo os registos devem refletir fielmente a prática diária (Ribeiro et al., 2018). A informação obtida através do processo clínico desempenha um papel crucial na gestão dos cuidados de saúde, resultando em ganhos para a saúde (Ribeiro et al., 2019). É essencial consciencializar os enfermeiros sobre a importância da documentação dos cuidados, uma vez que ela possibilita registar o trabalho autónomo e colaborativo, fortalecendo a profissão (Vieira, 2018).

Em Portugal, os SIE têm evoluído ao longo dos últimos anos, estando atualmente em utilização nos CSP o SClínico®, que está parametrizado com recurso à linguagem da CIPE® versão 1. A padronização da informação em várias áreas possibilita aos profissionais de saúde uma atuação mais eficiente e eficaz (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2018). Na verdade, a evidência mostra que a utilização de um SIE tem um impacto positivo na melhoria da qualidade dos cuidados, especialmente no que diz respeito à efetividade e à segurança da pessoa, à redução de erros associados à administração de medicamentos e melhoria da comunicação e interação entre os diferentes grupos profissionais e entre estes e os próprios clientes (Chaves & Miranda, 2023). Sendo os sistemas de informação uma parte crucial no

processo que assegura a eficiência, eficácia e a uniformidade dos cuidados de saúde (Li et al., 2019).

O processo de colheita de dados teve dois momentos sequenciais: o primeiro correspondeu à pesquisa retrospectiva da informação registado no SIE referente ao programa “Saúde da Família”. No segundo momento, foi aplicado um questionário para levantamento de necessidades formativas.

Neste contexto e diante da lacuna observada na associação dos membros das famílias aos respetivos agregados familiares, uma limitação evidenciada no próprio registo de dados, sensibilizaram os diferentes grupos profissionais, apresentando exemplos concretos identificados no SClínico® e incentivando a atualização de dados pelos secretários clínicos. Informações incorretas sobre os agregados familiares podem resultar numa compreensão imprecisa ou incompleta das reais necessidades, contextos e circunstâncias das famílias, dificultando a prestação de cuidados abrangente, dinâmica e estruturada por parte dos enfermeiros (De Marco & Healey-Walsh, 2019; Laukka et al., 2023).

O termo cultura organizacional tem sido empregue para descrever as crenças, costumes, ideias, valores, linguagem, conhecimento e informações que regulam e orientam as relações e o comportamento de um grupo social no seu ambiente (Sousa et al., 2018).

A prestação de cuidados assistenciais realizada no âmbito dos CSP é essencial para se responder às necessidades de saúde e, conseqüentemente, para melhorar a saúde dos cidadãos (ACSS, IP, 2023). O processo de contratualização incentiva ao aperfeiçoamento do acesso aos cuidados, promovendo a melhoria contínua do desempenho e garantindo a participação tanto dos utentes quanto dos profissionais neste processo (ACSS, IP, 2023).

No âmbito da contratualização interna entre os Agrupamentos de Centros de Saúde e as USF, apoiada por um Plano de Ação, é estabelecido o objetivo de alcançar o melhor Índice de Desempenho Global possível. A formação contínua em enfermagem desempenha um papel importante, promovendo mudanças nas suas atividades, assegurando a qualidade da prestação de cuidados ao indivíduo/família e promovendo o constante aprimoramento profissional (Abreu et al., 2024). Através da formação contínua procura-se explorar e destacar competências, habilidades e características necessárias para liderar efetivamente em ambientes de saúde. Para os enfermeiros a aprendizagem contínua é vital devido às rápidas mudanças nas práticas clínicas, avanços tecnológicos e evolução das respostas aos

indivíduos/famílias. No âmbito da liderança, a formação contínua proporciona oportunidades de aprimoramento nas habilidades de gestão, comunicação e resolução de problemas, aspetos essenciais para liderar equipas de forma eficaz (Silva et al., 2014). Além disso, a formação contínua promove a capacitação para adaptação a novos modelos de prestação de cuidados, melhorando as práticas em abordagens inovadoras. Ao investir na formação contínua, os enfermeiros podem desenvolver liderança mais informada e proactiva, contribuindo para a melhoria dos processos e da qualidade do seu trabalho (Abreu et al., 2024). Entendendo que o papel de enfermeiro formador no processo de desenvolvimento de liderança ocorre com o reconhecimento de oportunidades, torna-se um trabalho desafiador, porém potencializa o crescimento pessoal e profissional de ambas as partes, sendo pilar essencial no fortalecimento da liderança, permitindo que os enfermeiros enfrentem desafios com conhecimento atualizado e aprimoramento de habilidades (Abreu et al., 2024).

Diante do que é estabelecido na alínea c do artigo 88º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei Nº104/98 de 21 de abril), e procurando a excelência no exercício profissional, o enfermeiro assume a responsabilidade de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), incluindo a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Dada a importância desta questão o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estabelece que este profissional “se responsabiliza por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2019), quanto com a área de “Formação Profissional” referente ao Índice de Desempenho Setorial do Índice de Desempenho Global (ACSS, IP, 2023), foi concebido um plano formativo na USF.

Desse modo, torna-se relevante explicar, entender e explorar a dinâmica do processo de formação ocorrido na USF durante o estágio. Para assegurarmos que a formação seja um instrumento de desenvolvimento eficiente e não uma finalidade em si mesma, foram imprescindíveis diversas fases que compõem o processo formativo. Entendido como um procedimento sistémico, o processo de formação abrangeu quatro etapas essenciais: Necessidades de formação; Planeamento da formação; Implementação da formação e a Avaliação da formação.

Levantamento e Diagnóstico das Necessidades Formativas

A concretização do diagnóstico das necessidades de formação é crucial para o processo de planeamento, execução e avaliação de programas de aperfeiçoamento da USF, no sentido de dar resposta às necessidades dos profissionais e direcionar eficazmente os recursos, para alcançar resultados positivos em toda a organização. Esse processo permite que as organizações identifiquem com precisão as verdadeiras necessidades, evitando desperdício de tempo e recursos financeiros. (IQF, 2006)

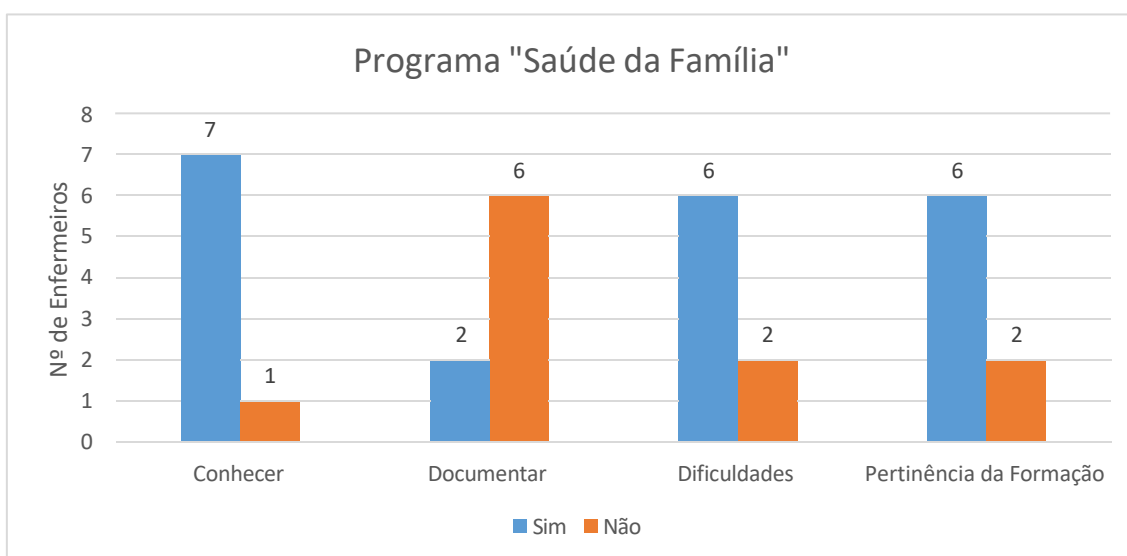
Numa primeira fase, foi realizada uma análise dos dados constantes dos processos clínicos no SIE, tendo sido utilizada uma Check List (ANEXO IV). Esta análise permitiu perceber que os registos no âmbito do programa “Saúde da Família” eram praticamente inexistentes. Com base nestes resultados, em reunião com a enfermeira orientadora cooperante, decidiu-se alargar a colheita de dados aos focos de atenção do MDAIF. A colheita destes dados foi realizada em conjunto com a enfermeira de família das famílias analisadas, o que permitiu a apropriação e a consciencialização da importância dos registos no programa em estudo.

Numa segunda fase, as enfermeiras da USF responderam a um questionário de autopreenchimento, composto por três partes: a primeira parte incidiu sobre os dados sociodemográficos e profissionais dos formandos; a segunda parte avaliava o conhecimento sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no programa “Saúde da Família”; e a terceira parte avaliava os conhecimentos sobre as áreas de cuidado constantes no MDAIF. Recorreu-se a questões fechadas (sim e não) e foram disponibilizadas seis perguntas abertas para as enfermeiras explicitarem as dificuldades sentidas na utilização do programa “Saúde da Família”, dificuldades sentidas na avaliação e intervenção em cada uma das Dimensões consideradas no MDAIF e se consideravam pertinente a formação. Posteriormente, foi realizada a análise das respostas, seleccionando os dados a serem incluídos na análise.

No momento do diagnóstico das necessidades formativas, as dificuldades /necessidades percecionadas estavam relacionadas principalmente com os desafios no preenchimento da documentação, que foi considerado pelos profissionais como muito extenso e demorado. A documentação não é monitorizada e não estão estabelecidos indicadores para ESF, o que resulta na ausência de visibilidade dos ganhos em saúde neste âmbito. No que diz respeito às suas principais necessidades, as enfermeiras revelaram essencialmente falta de motivação e falta de consciencialização da importância da documentação no programa “Saúde da Família”, assim como a importância da criação de indicadores específicos para a ESF.

Os resultados referentes às questões relativas ao Conhecimento/ Prática de documentação/ Dificuldades percebidas na documentação/ Pertinência da realização de uma formação sobre o programa “Saúde da Família” está sistematizados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Resultado para as questões relativas ao Conhecimento/ Prática de documentação/ Dificuldades percebidas na documentação/ Pertinência da realização de uma formação sobre o programa “Saúde da Família”



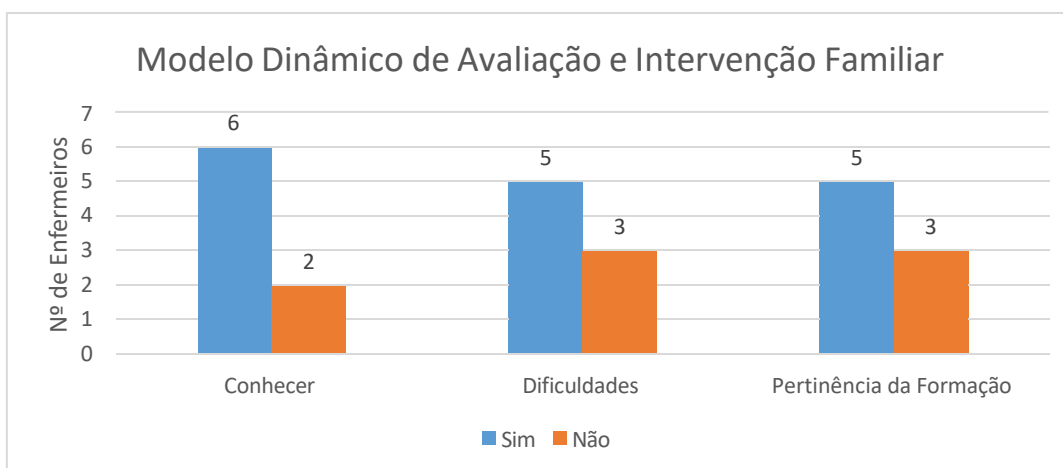
A quase inexistência da documentação no âmbito do programa “Saúde da Família” no SClínico® comprova que a documentação realizada, não é reveladora de uma abordagem integrada e dirigida às necessidades das famílias.

A análise focou-se no programa “Saúde da Família”, nos focos de atenção existentes nas dimensões (Estrutural, Desenvolvimento e Funcional) do MDAIF e abrangeu a documentação de dois processos por cada enfermeira, totalizando dezasseis processos analisados. Essa abordagem foi escolhida com base na compreensão de que os componentes do processo de enfermagem, incluindo intervenções, diagnósticos e resultados, refletem a prática de enfermagem (ICN, 2005). Para diagnosticar as reais necessidades de formação, também foi realizada uma análise dos resultados obtidos na análise dos processos clínicos, especialmente em relação à documentação dos cuidados (ANEXO V). Notavelmente, 100% dos processos analisados não apresentavam o programa “Saúde da Família” totalmente documentado (ANEXO VI).

No entanto, observou-se que as enfermeiras faziam registos de algumas atividades diagnósticas e intervenções em focos identificados no MDAIF. Estes resultados indicaram uma fraca adesão das enfermeiras ao processo de documentação dos cuidados. A literatura científica tem identificado diversas barreiras percecionadas pelos profissionais na documentação dos cuidados prestados como: a falta de conhecimento e preparação (Huitzi-Egilegor et al., 2018; Silva et al., 2016; Vieira, 2018), a escassez de material e recursos humanos (Huitzi-Egilegor et al., 2018; Vieira, 2018,) a falta de tempo e o excesso de trabalho (Reis et al., 2016), a necessidade de formação contínua e a falta de suporte técnico, além da resistência à mudança (Huitzi-Egilegor et al., 2018). Um estudo conduzido por Vieira (2018) procurou compreender a importância atribuída pelos enfermeiros à documentação dos cuidados de enfermagem diante das mudanças no SIE. Os resultados indicaram que, apesar da importância dada pelos enfermeiros aos registos, os profissionais consideram que a mudança não é fácil, destacando como principais condicionantes o défice de liderança institucional, a formação inadequada, a escassez de recursos humanos e questões motivacionais.

Em relação aos aspetos que gostariam de ver abordados na formação, a equipa de enfermagem referiu: a identificação das vantagens de utilização da documentação por todos os enfermeiros, a identificação de diagnósticos de acordo com o MDAIF, o registo de consultas às famílias e as vantagens da sua utilização no contexto de cuidados. Ao serem questionadas antes da formação acerca do conhecimento/dificuldades/pertinência do MDAIF enquanto referencial teórico e operativo no âmbito da ESF, obtiveram-se os dados apresentados no Gráfico 2.

Gráfico 2: Resultados das questões relativas ao Conhecimento/ Dificuldades percecionadas na documentação/ Pertinência da formação antes da formação sobre o Modelo “MDAIF”



As dificuldades referidas pelas enfermeiras antes da formação relativamente ao Modelo relacionam-se com o facto de estar a implicar muito trabalho na avaliação/intervenção/documentação dos dados.

Planeamento da formação

A segunda etapa do processo formativo é a elaboração/planeamento da formação. Esta etapa foi orientada com base nos resultados do diagnóstico das necessidades da formação, na estratégia da equipa e nos objetivos a serem alcançados. A partir deste momento, iniciou-se o processo de conceção e estruturação dos conteúdos programáticos, levando em consideração a população alvo e o perfil desejado em termos de conhecimentos, habilidades e comportamentos. Foram definidos os objetivos pedagógicos, os critérios de avaliação, bem como os recursos necessários para a operacionalização e o cronograma (ANEXO III) correspondente. Caetano (2007) argumenta que é essencial garantir a adaptação dos conteúdos da formação às exigências do trabalho dos formandos, assegurando que aprendam efetivamente o que se espera deles. Além disso, destaca a importância de conceber a formação de maneira a preparar os formandos para a mudança, ou seja, para que incluam conhecimentos sobre como transferir a aprendizagem para o local de trabalho e oferecer oportunidades para essa mudança. Considerando o exposto, é apresentado o planeamento do processo formativo (ANEXO VII), incluindo as metas e estratégias. Adicionalmente, o plano de sessão encontra-se no ANEXO VIII.

O objetivo geral da formação foi contribuir para o desenvolvimento das competências da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados no âmbito do programa “Saúde da Família” no SClínico®.

Esta etapa apresenta desafios que envolvem a garantia da adequação dos conteúdos da formação às exigências do trabalho dos formandos, a adoção de modelos e práticas pedagógicas que garantam a verdadeira aprendizagem dos formandos e a conceção da formação de modo a assegurar que esta inclui conhecimentos e orientações sobre a aplicação prática dos conteúdos veiculados (Caetano, 2007).

A evidência científica indica que as abordagens de ensino-aprendizagem utilizadas no contexto de formação sobre o MDAIF são consideradas de elevada importância na preparação dos formandos para a sua utilização eficaz e eficiente e desenvolver a sua competência aplicação

do mesmo (Oliveira et al., 2020). É fundamental dar ênfase aos princípios pedagógicos centrados no formando, com o objetivo de promover a sua curiosidade por meio de questionamento, influenciar a experimentação e destacar o papel do enfermeiro na promoção de uma pedagogia centrada na aprendizagem autoconstruída (Oliveira et al., 2020). Por esse motivo, as estratégias de ensino- aprendizagem devem ser fundamentadas em abordagens integrativas e reflexivas, baseadas na experiência, facilitando a aquisição e o desenvolvimento de competências e facilitando a tomada de decisão clínica em ESF (Oliveira et al., 2020). Diante disso, neste processo formativo optou-se por conduzir uma atividade de formação com a equipa de enfermagem.

A sessão de formação em serviço intitulada de “Documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família””, decorreu a 22 janeiro de 2024 às 13:00 e contou com a participação das oito enfermeiras da equipa de enfermagem.

Implementação da Formação

Nesta etapa, ocorreu o desenvolvimento do programa delineado anteriormente, utilizando uma apresentação em PowerPoint para comunicação das informações necessárias e aumentar os conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas durante a elaboração do programa formativo. Deste modo, foi neste contexto que a formação se desenvolveu, tendo a sua eficácia dependido da qualidade das ações e planos delineados nas etapas anteriores.

Avaliação da formação

O objetivo da avaliação da formação foi adquirir informações sobre a eficácia do processo formativo, requerendo assim a identificação de indicadores de resultado e uso de ferramentas que identifiquem as mudanças ocorridas durante a formação e sua aplicação na prática. Pretendeu-se avaliar se o programa de formação deu resposta às necessidades previamente identificadas e para as quais foi concebido, tendo sido realizado através da avaliação do nível de satisfação das enfermeiras da USF em relação à atividade de formação, ao conteúdo programático, à aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no contexto de trabalho real e aos resultados alcançados na realidade organizacional. Existem diversos modelos de avaliação do processo formativo. Neste caso, foi adotado o modelo de abordagem

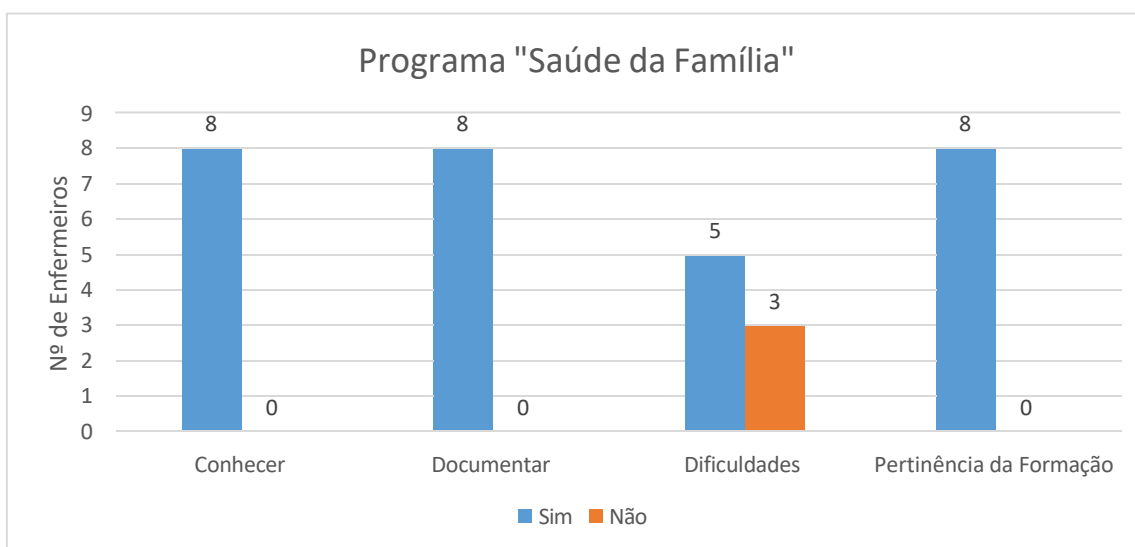
multinível de Donald Kirkpatrick (1959), que define a avaliação da formação como um conjunto de procedimentos e metodologias voltadas para a análise da concepção, implementação e resultados das ações de formação, bem como os seus efeitos a nível organizacional, seguindo uma sequência lógica de intervenções avaliativas por quatro níveis. A formadora realizou uma avaliação da resposta imediata dos formandos em relação ao processo pedagógico e às dimensões logísticas da ação com o propósito de demonstrar a sua eficácia (Valverde, 1998), utilizando medições realizadas logo após a intervenção (Velada, 2008) limitando-se ao nível 1. No primeiro nível, foi realizada uma avaliação da percepção dos formandos em relação a vários aspetos da formação, como os conteúdos do programa, os métodos utilizados, o desempenho da formadora, a organização da formação e fornecer uma avaliação global da formação, com recurso à aplicação de um questionário (ANEXO X) (Kirkpatrick, 1996). Essa avaliação concentrou-se nas reações e emoções das enfermeiras no término da formação, sendo conhecida como avaliação de reação, uma vez que se baseia mais nas respostas emocionais e opiniões no final da formação e não necessariamente na aplicação concreta e validação de aprendizagens realizadas. Este é um nível de avaliação amplamente utilizado devido à sua aplicação fácil, rápida e de baixo custo, proporcionando um número considerável de informações que permitem ajustes contínuos nos programas de formação, de acordo com as necessidades e exigências dos colaboradores e das organizações. Neste contexto, uma reação positiva por parte dos formandos em relação à formação ministrada é importante, pois o futuro do programa de formação depende dessa resposta.

No caso concreto aqui explanado, através da utilização de uma escala de avaliação que abrangia os níveis pouco satisfatório, satisfatório, bom e muito bom, em relação às competências da formadora, os participantes avaliaram a sua competência técnica-pedagógica em muito bom (62,5%) e os meios técnicos pedagógicos e qualidade de documentação em bom (37,5%). Quanto à capacidade de comunicação, clareza e nível geral de conhecimentos transmitidos, 75% consideraram muito bom, enquanto 25% consideraram bom. Em relação ao conteúdo programático, a equipa considerou ter sido tratado com a profundidade adequada e ter sido de interesse para o seu desempenho, tendo 75% da equipa classificado como muito bom e 25% como bom. No que diz respeito aos aspetos organizativos e logísticos, 75% dos participantes avaliaram como muito bom (receção e apoio, qualidade das instalações, equipamentos e suportes pedagógicos) e 62,5% consideraram muito bom o horário. Quanto à motivação e participação dos formandos, 62,5% consideraram a qualidade das intervenções dos participantes, o nível de envolvimento dos participantes e a qualidade das trocas de

informação de experiências profissionais como muito bom e 37,5% como bom. Na apreciação global (duração da ação, expectativas satisfeitas, classificação da ação de formação), 80% consideraram muito bom e 20% consideraram bom. Esta avaliação reflete uma resposta favorável por parte dos formandos em relação à formação desenvolvida, o que fortalece a viabilidade do programa de formação restante (INA, 2016). Em relação aos temas abordados na formação, os que despertaram maior interesse foram a avaliação familiar, o processo familiar e os registos no SClínico®, o que menos atraiu foi o MDAIF.

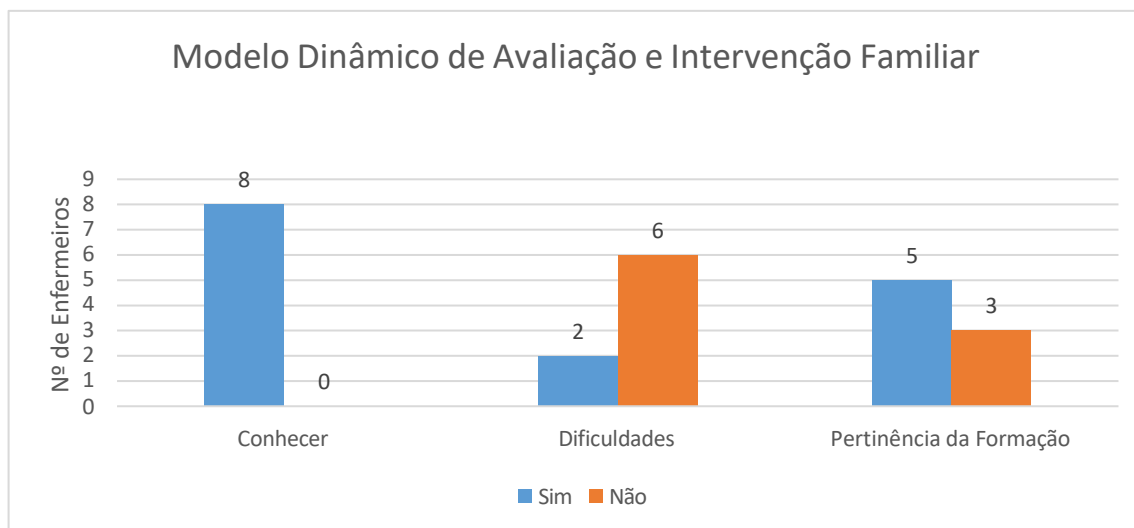
No segundo nível, foi realizada uma avaliação da aprendizagem. Segundo Kirkpatrick (1998), a aprendizagem ocorre quando há uma mudança na perceção da realidade, um aumento de conhecimentos e uma melhoria de habilidades. Este nível de análise concentrou-se principalmente no controlo da qualidade, avaliando o grau de domínio em relação a determinados tipos de conhecimentos, bem como a aplicação desses conhecimentos na prática real ou simulada, com o objetivo de demonstrar determinadas competências (IQF, 2006). Durante este processo avaliativo, foram utilizadas as mesmas questões do questionário de levantamento de necessidades relativas aos conhecimentos dos formandos. Após uma semana da realização da formação, foi aplicado o mesmo questionário de levantamento de necessidades com o objetivo de comparar a evolução dos conhecimentos, após a realização da formação (Gráfico 3 e Gráfico 4):

Gráfico 3: Resultados das questões relativas ao Conhecimento/ Prática de documentação/ Dificuldades percecionadas na documentação/ Pertinência da formação após a formação sobre o programa “Saúde da Família”



Quanto à análise dos resultados (Gráfico 3) sobre o programa “Saúde da Família”, foi possível verificar que 100% das enfermeiras referiram ficar a conhecer o programa “Saúde da Família” no SClínico®, 37,5% das enfermeiras referiram apresentar dificuldades relacionadas com este programa e 100% das enfermeiras acharam pertinente a formação.

Gráfico 4: Resultados das questões relativas ao Conhecimento/ Dificuldades percebidas na documentação/ Pertinência da formação após a formação sobre o MDAIF



No que concerne à análise dos resultados (Gráfico 4) sobre o MDAIF foi possível verificar que 100% das enfermeiras ficaram a conhecer o Modelo, 25% ainda apresentavam dificuldades e 62,5% das enfermeiras acharam pertinente esta parte da formação.

No que diz respeito à avaliação da aplicação dos conhecimentos na prática real, foi possível observar um progresso positivo em todas as enfermeiras, bem como uma mudança consistente na sua abordagem à documentação dos cuidados, demonstrando abertura, disponibilidade e interesse. Foi evidente que as enfermeiras alteraram a sua postura em relação à documentação dos cuidados dentro da estrutura do MDAIF e no programa “Saúde da Família” do SClínico®, com o aprofundamento do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades pós-formação.

No nível 3, realiza-se uma avaliação dos comportamentos, focando-se no impacto que a formação teve para os formandos. Esta avaliação procura verificar se ocorreram mudanças nos comportamentos dos indivíduos e/ou nos seus locais de trabalho como resultado da sua participação na formação e se essas mudanças permitiram alcançar os resultados pretendidos

(IQF, 2006). Para isso, é necessário definir previamente os objetivos pretendidos, em relação à mudança de comportamento e conceder aos formandos tempo suficiente para assimilarem e implementarem os novos conhecimentos adquiridos, o que geralmente ocorre entre 3 e 6 meses após a formação. Para que essa transferência seja efetiva é crucial que os conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes adquiridos sejam generalizados ao contexto do trabalho e mantidos durante um período após a formação (Baldwin & Ford, 1988). O nível 3 tem como objetivo analisar os elementos que contribuíram para a sua eficácia no processo de transferência e identificar as barreiras no processo de transferência e na aplicação dos conhecimentos adquiridos em situações reais de trabalho (IQF, 2006). Neste contexto, Kirkpatrick (1998) identificou cinco requisitos que devem estar presentes para que ocorram mudanças no comportamento: desejo de mudança, conhecimento do que fazer e como fazer, um clima de trabalho adequado, suporte na aplicação dos conhecimentos adquiridos e reconhecimento pela mudança no comportamento.

Apesar da importância desses requisitos, é muito importante considerar o nível de motivação que os formandos detêm para aplicar os conhecimentos na prática (Baldwin & Ford, 1988; Olten, 1996). Existem quatro fatores motivacionais identificados por Baldwin & Ford (1988) e Olten (1996): realização de expectativas, efeitos da aprendizagem, atitudes em relação à função e utilidade esperada. Outros fatores a serem considerados estão relacionados com os determinantes que têm efeito direto e indireto na transferência da formação. A literatura mais recente identifica três grandes determinantes da transferência: conceção da formação ou fatores de capacidade, características individuais dos formandos e ambiente de trabalho, incluindo o clima de transferência.

Não foi viável a realização da avaliação a este nível, dado a formação ter sido realizada apenas quatro dias antes do final de estágio, pois só nessa altura foi possível ter todos os profissionais disponíveis para participar na formação.

E por último, temos o nível 4, no qual são avaliados os resultados das mudanças na organização. De acordo com Kirkpatrick (1998), este é considerado o mais importante e, talvez, o mais desafiador dos quatro níveis. Isso deve-se ao facto de que muitas vezes não se sabe como medir esses resultados e também porque, frequentemente as melhorias são subtis e não existem evidências claras. O objetivo deste nível é fornecer informação sobre o impacto da formação na organização, ou seja, como a mudança de comportamento conseguiu beneficiar a organização, procurando obter essas informações através de progressos nos indicadores

organizacionais específicos (IQF, 2006). Desta forma, obter, organizar e analisar informações neste nível pode ser desafiador, consumir muito tempo e ter um custo mais elevado do que nos outros níveis (Basa, 2019; Kuipers et al., 2013; Schumann et al., 2020). Dadas as limitações relacionadas com a duração do estágio, não foi possível realizar este tipo de avaliação.

No que se refere à avaliação das unidades funcionais, existem muito poucos indicadores (cerca de trinta) relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem contratualizados e nenhum desses indicadores reflete a amplitude e complexidade dos cuidados prestados no contexto do programa “Saúde da Família” (ACSS, 2017). Atualmente, os indicadores contratualizados centram-se na promoção da saúde, prevenção e gestão da doença individual, sem considerar a saúde do sistema familiar e as suas particularidades. Por esse motivo, é necessário desenvolver indicadores sensíveis aos cuidados de ESF, baseados nos referenciais teóricos e operacionais existentes para a prática clínica nesta área e que permitam dar visibilidade aos ganhos em saúde que estes cuidados proporcionam.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo consistiu em analisar e refletir sobre as atividades que foram desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo dos estágios Módulo I e Módulo II. De acordo com Oliveira e Queiroz (2015), a competência na área de enfermagem é definida “como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança” (Oliveira e Queiroz, 2015, p. 78). Benner (1984) citada por Oliveira e Queiroz (2015, p.78) definiu a competência do enfermeiro como “a capacidade de executar uma tarefa com resultado desejável, sob condições variadas no mundo real”. Segundo a mesma linha de raciocínio, a Ordem dos Enfermeiros define competência 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.2).

O modelo de aquisição de competências desenvolvido por Benner serviu de base ao processo gradual de aquisição de competências durante os estágios realizados. Este modelo sustenta que a experiência profissional e o conhecimento prático são obtidos ao longo do tempo, através da experiência e aprendizagem, resultando em cinco níveis de competências na prática clínica: iniciado, avançado, competente, eficiente e perito (Benner, 2001).

O enfermeiro especialista é descrito pela OE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidades em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

Todos os enfermeiros especialistas devem possuir um conjunto de competências que são universais e aplicáveis em diversos contextos de cuidados de saúde. Essas competências enquadram-se em quatro domínios: responsabilidade profissional e ética, de melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional (Regulamento nº140 /2019 de 6 de fevereiro). Estas competências foram, sob orientação da enfermeira orientadora cooperante, desenvolvidas e evidenciadas através da capacidade de planeamento, administração e supervisão de cuidados, o que se traduziram numa maior eficácia para o exercício profissional especializado, no aspeto formativo e de análise.

A prática especializada de enfermagem familiar é definida como uma aplicação de uma ampla gama de competências de enfermagem para prestar cuidados complexos, focada na melhoria dos resultados de saúde dos indivíduos e família (IFNA, 2017). No que diz respeito às competências específicas do EEECESF, conforme anteriormente identificadas, incluem-se 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 nº428/ 2018 de 16 de julho, p. 19355). No que concerne à primeira competência, foi desenvolvida na prestação de cuidados especializados às famílias e sustentada no referencial epistemológico da Teoria dos Sistemas. Esta teoria reconhece o potencial do sistema familiar como promotor de saúde, incorporando a compreensão sobre a sua complexidade, intersubjetividade e instabilidade, como elementos das relações causais recursivas e múltiplas realidades das famílias (Figueiredo, 2012). Como modelo operativo, utilizou-se o MDAIF. Foi utilizada a metodologia da entrevista familiar sistémica, ancorada no processo de enfermagem, para a colheita de dados, a identificação de diagnósticos, o planeamento de intervenções (com recurso a atividades ajustadas às necessidades identificadas e mobilizando as forças da família) e a avaliação dos resultados. A implementação das intervenções foi realizada com recurso a técnicas de intervenção sistémica, visando alcançar ganhos em saúde familiar, em colaboração com as famílias e com os seus membros individualmente. A avaliação dos resultados foi um processo contínuo, fundamentado em metas estabelecidas e critérios previamente identificados. Estes resultados obtidos pelas famílias refletiram-se em mudanças nos juízos dos diagnósticos, permitindo assim a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, com vista à formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, através da reformulação colaborativa do plano de cuidados.

As competências específicas de EEECESF foram desenvolvidas ao longo dos estágios, respondendo aos critérios de avaliação definidos no regulamento nº428/ 2018 de 16 de julho.

Em relação à unidade de competência “Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, prevenção de doenças e controlo das situações complexas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19357), foram implementadas estratégias que visaram abordar as necessidades complexas da saúde das famílias e dos seus membros, com disponibilidade e criatividade. Foram estabelecidos objetivos de mudança com as famílias, considerando novas formas de funcionamento associadas aos processos de morfogénese e fortalecimento da saúde familiar.

Foi adotada uma postura de incentivo para que as famílias perseguissem os objetivos estabelecidos, visando a promoção, manutenção, restauração e fortalecimento da saúde da unidade familiar e dos seus membros. Durante as interações, foi dado destaque aos pontos fortes das famílias e foi desenvolvida uma relação terapêutica colaborativa e não hierárquica com as famílias e os seus membros, visando alcançar ganhos em saúde familiar, promover a saúde e prevenir a doença, e capacitar os membros da família para a adaptação e gestão dos processos de transição. Foram elaborados planos de cuidados em colaboração com as famílias e seus membros, para alcançar os resultados pretendidos.

No âmbito da unidade de competência “Colhe os dados pertinentes para o estado de saúde da família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19357), foram colhidas informações sobre a estrutura familiar, construídos genograma e ecomapa, observados padrões transgeracionais e fatores de risco ambientais. Recorreu-se ao genograma para facilitar a compreensão do estado de saúde dos membros da família com membros portadores de obesidade. Dados pertinentes sobre o estado de saúde das famílias e dos seus membros foram colhidos por meio de várias fontes, incluindo interações familiares e comunicação verbal e não-verbal, observadas durante as consultas. Foram avaliados as famílias e os seus membros, identificando forças e necessidades, de forma colaborativa e utilizando instrumentos de avaliação familiar e individual. Também foram identificadas crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos, classe social e ambiente, levando em consideração a complexa interação entre os riscos biopsicossociais e ambientais e a sua influência na saúde e nas tomadas de decisão. Foram identificados diagnósticos das Dimensões Estrutural, Desenvolvimento e Funcional das famílias, segundo os critérios diagnósticos do MDAIF, bem como diagnósticos de enfermagem individuais para os membros da família.

No que diz respeito à unidade de competência “Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19357), foram mobilizados conhecimentos provenientes tanto de ESF, como de outras ciências para o raciocínio clínico e para aplicação no cuidado às famílias. Foram analisados dados abrangentes sobre o histórico familiar, relacionamentos, estado de saúde e padrões de resposta familiar, bem como transições complexas de saúde ao longo do ciclo vital e as transições individuais de cada membro da família. Foram considerados o tipo de transição, as suas propriedades, fatores facilitadores e inibidores, padrões de resposta e indicadores de processo e resultado, bem como as implicações no subsistema conjugal, parental e fraternal. As relações entre

dinâmica familiar, o binómio saúde-doença, fatores ambientais e bem-estar familiar de cada membro foram discutidas e analisadas em conjunto com as famílias e cada um dos seus membros, de forma sistemática, visando auxiliar os seus progressos e a identificar obstáculos, para que fossem prontamente superados.

No contexto da unidade de competência, “Desenvolve a prática de enfermeiro de família de baseada na evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19357) foram estabelecidas metas para as famílias alcançarem os seus projetos de saúde, criando um ambiente seguro durante as consultas. Foi adotado o pensamento de hipóteses sistémicas para permitir diversas compreensões da dinâmica familiar e ampliar o foco das avaliações e intervenções de ESF. Com as famílias, foram analisadas as implicações da obesidade nos padrões de interação familiar. A prática baseada na evidência aborda questões decorrentes da prática clínica, integrando o uso da melhor evidência disponível, preferências e valores do membro da família. Este conceito tem sido reconhecido mundialmente e preconizado para promover a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Os enfermeiros em particular, enfrentam constantes desafios para fundamentar a prestação de cuidados com conhecimento científico de excelência tornando a prática baseada na evidência uma premissa a ser mantida (Sousa et al., 2018). Considerando as orientações anteriores, iniciou-se uma revisão narrativa que em conformidade com o princípio da prática baseada em evidências visou fornecer suporte à fundamentação das práticas desenvolvidas. A opção de realizar uma revisão narrativa surgiu da percepção da existência de uma evidência dispersa quanto à intervenção do enfermeiro de família com famílias com membro adulto portador de obesidade. Essa escolha foi motivada pela necessidade de identificar a extensão da literatura sobre o tema, analisar lacunas no conhecimento e proporcionar uma visão geral do foco dos estudos encontrados (Munn et al., 2018; Tricco et al., 2016). Os resultados foram utilizados para fundamentar a tomada de decisão em relação à prática desenvolvida durante o estágio, proporcionando uma base teórica sólida para compreender o impacto das práticas do Enfermeiro de Família no sistema familiar, como explicado no enquadramento teórico. Pode fornecer perspectivas importantes e decisivas na prática dos enfermeiros, bem como para decisões políticas e outros intervenientes envolvidos no planeamento e implementação de políticas, programas e intervenções destinadas às famílias com membro adulto portador de obesidade. Nesse contexto, as redes sociais têm-se tornado um poderoso meio para disseminação de informação, com um crescimento exponencial no número de estudos publicados (Pinto et al., 2020; Soares, 2022). A plataforma da rede social Instagram, em particular, possui imensas

peessoas a utilizá-la em todo o mundo, sendo uma ferramenta significativa na comunicação com diversos segmentos da população e promissora para a promoção da saúde, dada a sua ampla abrangência (Instagram, 2023; Manovich, 2017; Silveira et al., 2020). Infográficos, vídeos curtos e imagens são utilizados para explicar conceitos de maneira clara, facilitando a compreensão da mensagem pelo público-alvo impulsionando a literacia em saúde (Soares, 2022). Desta forma, em março de 2023 inscrevi-me na Sociedade Portuguesa Enfermagem de Saúde Familiar, ficando também a integrar o grupo EnF.amília, integrado na sua Comissão de Inovação e Desenvolvimento, cuja finalidade passa pela capacitação das famílias na gestão dos seus processos de vida, em conformidade com aquela que é a missão da sociedade. O trabalho desenvolvido pelo grupo conta com a elaboração do conteúdo. O objetivo do EnF.amília visa a promoção da literacia em saúde dos membros das famílias, oferecendo aos cidadãos informação sobre as competências do EEECESF, as suas áreas de atividade e o reconhecimento das necessidades das famílias portuguesas. O conteúdo produzido pelo grupo está acessível na página Instagram do mesmo (@enf. Amilia), <https://www.instagram.com/Enf.amilia/>, bem como na rede social Facebook (<https://www.facebook.com/profile.php?id=100084132313342>).

Relacionado com a unidade de competência “Intervêm de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situações complexas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19358), realça-se que foram agendadas diversas consultas com as diferentes famílias, de modo a auxiliar no alcance dos seus objetivos. Foi garantido um ambiente de consulta seguro e a qualidade dos cuidados prestados. Foram avaliados os riscos ambientais relacionados à saúde de cada família, bem como promovidos ambientes seguros e saudáveis. Realizaram-se consultas familiares sistémicas, privilegiando o questionamento circular como estratégia para promover a circularidade recursiva nas relações entre os membros da família e com aplicação de técnicas ativas e específicas de ESF, tais como a metáfora, os rituais terapêuticos, a conotação positiva ou o genograma. Foram também adotadas práticas baseadas na melhor e mais recente evidência científica.

Foram implementadas intervenções para dar resposta às necessidades das famílias e dos seus membros, considerando as suas respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas. Foram aplicadas intervenções especializadas de ESF para promover mudanças no diagnóstico relativo às áreas de atenção familiar identificadas na avaliação familiar, tendo as estratégias a adotar sido desenvolvidas em conjunto com as famílias, num

processo de coconstrução para a resolução de conflitos e para a minimização dos efeitos negativos no sistema familiar.

Foi utilizada a técnica da entrevista motivacional para intervir com membros adultos portadores de obesidade, com o objetivo de promover a adesão ao regime medicamentoso, dietético e de exercício.

Em relação à competência "Facilita a resposta da família em situações de transição complexa" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19358), incentivou-se as famílias a compartilharem as suas histórias, identificando com elas as suas forças e oportunidades nos processos de mudança, facilitando a consciencialização dos seus membros da importância da mesma. Foram identificadas e analisadas as dinâmicas entre o indivíduo e a família, a comunidade e o sistema de saúde, procurando compreender e melhorar essas interações. Foram discutidos com as famílias os recursos necessários para atender às suas necessidades e formas de obtê-los. Forneceram-se feedbacks sistemáticos às famílias, destacando as suas forças e salientando as suas conquistas. Foi avaliado com as famílias o progresso em relação aos objetivos estabelecidos, promovendo a partilha e o feedback familiar. A documentação dos cuidados foi realizada no SIE SClínico®.

No que diz respeito à unidade de competência "Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de Enfermagem de Saúde Familiar" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19358), considerando a disseminação de informações e o desenvolvimento da literacia em saúde aspetos intimamente ligados à capacidade dos indivíduos para prevenir doenças ou tomar decisões relacionadas a sua saúde (Ruão, 2012), procurou-se sob orientação e supervisão da professora de orientação pedagógica, das professoras de orientação científica e da enfermeira orientadora cooperante, aprimorar as práticas avançadas em ESF desenvolver uma reflexão contínua sobre as interações com as famílias e a avaliação da sua eficácia global em relação ao atingimento dos objetivos familiares.

A participação ativa em eventos científicos é fundamental para ampliar o conhecimento, incentivar a troca de experiências e ideias e promover a colaboração interdisciplinar. Essa participação é fundamental na busca pela excelência académica.

Demonstrou-se competência na análise crítica do processo de pensamento e dos cuidados implementados, adotando uma postura imparcial face ao sistema, sem tomar partido ou expressar opiniões. Colaborou-se com as colegas na abordagem de situações complexas de

ESF. Schön (2000) defende que o enfermeiro deve procurar transcender a mera prática técnica e alcançar uma formação crítica, reflexiva e transformadora

No que diz respeito aos comportamentos demonstrados no âmbito da unidade de competência “Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19358) foram estabelecidos procedimentos para monitorizar e avaliar as respostas da família às intervenções de enfermagem. Foram programados momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro-família e com os cuidados prestados, tendo havido feedback positivo das famílias em relação às técnicas de intervenção sistémica utilizadas e aos resultados alcançados. Foi avaliada a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares e foram propostos ajustes adequados às mudanças nos sistemas familiares. Também foi avaliado o impacto das intervenções nas famílias com base nas modificações positivas nos diagnósticos de enfermagem identificados e foram planeados cuidados às famílias considerando a evidência científica mais recente.

Em relação a cada uma das unidades de competência específica do EEECESF, no que se refere à competência: “Lidera e colabora com os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19358) foram adotados comportamentos ao longo do estágio que atenderam aos critérios de avaliação estabelecidos no Regulamento N°428 /2018 de 16 de julho.

Relativamente à unidade de competência “Articula com outras equipas de saúde mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19358) foram implementadas ações para promover a colaboração de outros profissionais de saúde nos cuidados prestados às famílias, como médicos de família e hospitalares, nutricionistas e psicólogos, através da referenciação para estes profissionais tendo em conta as necessidades específicas das famílias e dos seus membros.

Foram ainda evidenciados e demonstrados comportamentos relacionados à unidade de competência “Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 19359) através do contributo dado para que a equipa multidisciplinar da USF se apropriasse da importância da ESF nos diversos níveis de prevenção e colaborou-se nas políticas de saúde relacionadas com a ESF. Utilizou-se o SClínico® para a documentação dos cuidados com o objetivo de permitir a continuidade de cuidados e dar também visibilidade aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de

enfermagem no âmbito da ESF. Foram desenvolvidas iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica, com o intuito de promover a consciência profissional sobre o papel do EEECESF. Realizou-se um processo formativo sobre documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” no SClínico® à equipa de enfermagem da USF.

É importante sublinhar a mudança comportamental percecionada na minha abordagem às famílias, tendo passado de percecioná-la como contexto de um indivíduo, para foco de atenção e alvo de cuidados.

No decorrer do estágio, foram desenvolvidas competências na área da comunicação, tendo o treino da capacidade de ajuste e reformulação de questões, de hipóteses sistémicas e técnicas de intervenção sistémica, sido de extrema importância na interação com as famílias, promovendo o reconhecimento do seu dinamismo e compreensão desta como um sistema vivo e em constante mudança e evolução. Neste contexto, também o treino da capacidade de observação do comportamento e linguagem não-verbal dos membros da família de forma objetiva e intencional, permitiu identificar padrões comportamentais e interações, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de competências na colheita sistemática de dados durante a atividade diagnóstica.

Durante os estágios, recorreu-se à hipotetização e foram aplicadas técnicas de intervenção sistémica para alcançar ganhos na saúde da família, alinhadas com os objetivos estabelecidos com os membros da família, numa abordagem motivacional e não diretiva. A utilização de uma ampla variedade destas técnicas foi extremamente benéfica, permitindo um estudo mais aprofundado de cada uma delas e o treino na sua aplicação, o que promoveu a confiança e a competência na sua aplicação. A incorporação e utilização de metáforas foi um grande desafio, proporcionando a oportunidade de transferir habilidades para a prática clínica como enfermeira de família, especialmente em situações em que as famílias enfrentam dificuldades em abordar e discutir determinados assuntos.

E importante também salientar o contributo da teoria das transições para o desenvolvimento das competências adquiridas na abordagem individual. Normalmente, o início do acompanhamento das famílias ainda ocorre predominantemente quando um ou mais membros da família são portadores de doença, funcionando como porta de entrada para a

intervenção familiar. É crucial não negligenciar a abordagem individual como parte integrante do sistema familiar. Ao considerar a experiência vivida durante a evolução da obesidade dos membros adultos, que enfrentam simultaneamente o processo de transição entre saúde/doença e desenvolvimento pessoal, o indivíduo busca alcançar um estado de equilíbrio e estabilidade semelhantes aos anteriores (Meleis, 2010). O sucesso desta transição saúde/doença está intrinsecamente ligada aos processos de autorregulação da obesidade, alcançando mestria quando o indivíduo consegue integrar de forma fluída na sua vida os papéis e habilidades de autorregulação delineados por Lorig e Holman (2003). De facto, os indicadores de progresso incluem a adoção desses papéis e o desenvolvimento dessas habilidades, enquanto os obstáculos para a transição residem em aspetos opostos: falta de conhecimento sobre obesidade, comportamentos de autorregulação inadequados, resolução inadequada de problemas, habilidades de comunicação subdesenvolvidas, dificuldades na gestão do calendário de consultas, além de restrições culturais e insatisfação com os serviços de saúde (McEwen et al., 2007).

A imersão realizada no estudo do membro adulto portador de obesidade proporcionou a aquisição de competências na avaliação nessa área. A necessidade de adaptar dinâmicas específicas representou um desafio, que foi superado com sucesso.

Além disso, desenvolvi competências na abordagem individual aos membros da família. Foi impactante, perceber que, antes de incorporar o paradigma sistémico no meu processo de pensamento, encarava o indivíduo como uma entidade única e singular, sem considerar adequadamente os sistemas e subsistemas nos quais ele se integrava e as relações que mantinha. Foi surpreendente compreender a ampliação da visão do indivíduo ao reconhecer o seu lugar no genograma familiar, compreender as relações que estabelece dentro e fora da família e os diferentes papéis que assume. Durante a realização da componente clínica de estágios, percebi que a minha perspetiva anterior sobre a abordagem individual era muito restrita, considerando apenas algumas facetas do indivíduo e negligenciando muitas outras. Compreendi que o pensamento sistémico permite que o indivíduo seja compreendido na sua totalidade, levando em consideração todas as dimensões e papéis desempenhados no sistema familiar, as suas características, vivências, padrões transgeracionais e outras singularidades relacionadas com a família na qual estão inseridos. Dessa forma, a minha abordagem em termos de avaliação e intervenção na aceitação do estado de saúde do indivíduo acompanhou essa evolução e expandiu-se. Foi de grande utilidade compreender os padrões transacionais

nas famílias, o papel dos fatores ambientais, bem como das componentes comportamentais e genéticas na manifestação da obesidade em adultos. Tive a oportunidade de participar em várias formações, algumas delas sobre obesidade, nas quais pude ampliar os meus conhecimentos sobre os processos de adesão ao regime terapêutico e adquirir competências na capacitação do indivíduo.

Dessa forma, pode-se afirmar que houve a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, mas também das competências específicas do EEECESF: juízo crítico e tomada de decisão, planeamento dos cuidados com negociação com os membros das famílias, intervenção com recurso a técnicas de intervenção sistémica e avaliação dos cuidados. Mais do que uma mera aquisição de conhecimento, as competências de saber agir de forma responsável e a capacidade de mobilizar, integrar e transferir esses conhecimentos e habilidades para a prática, foram desenvolvidas com sucesso. Esta reflexão diante da complexidade dos contextos de ação onde ocorreram as interações com as famílias impulsionou transformações significativas na construção de significados, que permitiu a interiorização da informação, a sua transformação em conhecimento e competências e a capacidade de mobilizar esse conhecimento e competências para situações futuras.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente relatório procurou traduzir um percurso formativo alinhado com o aperfeiçoamento de competências específicas de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, abrangendo a prática de cuidados especializados às famílias com membro adulto portador de obesidade. Essa abordagem fundamentou-se no estudo e na assimilação de referenciais teóricos que orientaram a prestação de cuidados à família e aos seus membros individualmente, reconhecendo a importância da motivação para desenvolver uma base teórica bem estruturada e atualizada como pré-requisito para uma intervenção eficaz nos diversos níveis de prevenção.

A abordagem sistêmica, dinâmica e flexível à família foi facilitada pelo uso do MDAIF, que se revelou como uma orientação para avaliar e intervir nas famílias com membro portador de obesidade, obtendo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF. A natureza dos critérios diagnósticos, assim como a identificação dos diagnósticos e intervenções propostas pelo MDAIF, também orientou a aplicação de técnicas específicas nas atividades diagnósticas e nas intervenções realizadas. Isso resultou na aquisição de habilidades comunicacionais e numa maior eficácia tanto na colheita de dados quanto na promoção da Saúde Familiar. Alinhada com abordagem sistêmica, na abordagem ao membro da família a aplicação da teoria das transições foi crucial para fundamentar, interpretar e agir, considerando a natureza, condições e padrões de resposta à transição vivenciada pelo membro da família.

Dessa forma, é relevante mobilizar e conciliar os referenciais teóricos de enfermagem, uma vez que estes destacam e respaldam a prestação de cuidados de enfermagem às famílias e aos seus membros. Isso assegurou que essa prestação resultasse em ganhos em saúde com impacto na totalidade familiar, coresponsabilizando, identificando e utilizando forças e recursos disponíveis em cada família.

Pretendeu-se também contribuir de forma direta para a formação contínua em enfermagem, abrindo espaço para a reflexão sobre a teoria e a prática, promovendo a segurança e a eficiência na prestação de cuidados às famílias. Adicionalmente, contribuiu-se para a demonstração científica e, conseqüentemente, desenvolvimento do corpo de

conhecimentos específicos de ESF através da revisão narrativa realizada. Em consonância com os resultados desta revisão, sugere-se a continuidade da pesquisa e a promoção da atuação do enfermeiro de família com famílias com membros portadores de obesidade, uma vez que, nos últimos anos, a prevalência da obesidade tem aumentado muito.

Com a realização do Estágio de Natureza Profissional com relatório Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Módulo II, promoveu-se, de forma indiscutível, o desenvolvimento pessoal e profissional através da compreensão e interpretação da complexidade do sistema familiar. A interação com as famílias e os seus membros possibilitou o reconhecimento da família como foco dos cuidados de enfermagem e vinhou a importância de abordá-la respeitando a sua multidimensionalidade. Isto veio reforçar a identificação da família como um sistema com propriedades de autodefinição e transformação e serviu de base para capacitar os seus membros, tendo em conta os seus potenciais, forças e recursos, com o objetivo de alcançar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham Roshan, J., Nagpal, T. S., Pearce, N., Dhaliwal, K. K., El-Hussein, M., Forhan, M., Hadjiyanakis, S., Hawa, R., Kushner, R. F., Lee-Baggley, D., McMillan, M., Nutter, S., Piccinini-Vallis, H., Vallis, M., Wharton, S., Wiljer, D., & Sockalingam, S. (2023). *Transforming the landscape of obesity education - The Canadian obesity education competencies*. *Obesity pillars*, 8, 100091. <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2023.100091>

Abreu, E. A., da Silva, E. A., & Domanoski, P. C. (2024). O papel do enfermeiro educador no desenvolvimento da liderança. *Nursing Edição Brasileira*, 27(307), 10081-10085.

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. [ACSS]. (2016). *Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários* (2ªed.), ICPC-2E V4.4 PT. https://www.acss.minsaude.pt/wp-content/uploads/2016/07/1_ICPC_2_4_4_VF.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. [ACSS]. (2023b). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023*. https://www.acss.minsaude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf

Afonso, J. A. (2018). *Relação conjugal ao longo do ciclo de vida: satisfação, comunicação, motivação, coesão e adaptabilidade* [Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida- ISPA]. Repositório ISPA.

<http://hdl.handle.net/10400.12/6846>

Ahlberg, M., Hollman Frisman, G., Berterö, C., & Ågren, S. (2020). Family health conversations create awareness of family functioning. *Nursing in critical care*, 25(2), 102-108.

Alarcão, M. (2002). (Des) Equilíbrios familiares: uma revisão sistémica. Coimbra: Quarteto. Editora

Almeida, A. M. (2020). *Heranças familiares*. SBE Edições e Produções.

Alves-Silva, J. D., & Scorsolini-Comin, F. (2019). As famílias podem (se) adoecer: revisão integrativa da literatura científica *Vínculo-Revista do NESME*, 16(2), 23-43.

Annus, A. M., Smith, G. T., Fischer, S., Hendricks, M., & Williams, S. F. (2007). Associations among family-of-origin food-related experiences, expectancies, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 179-186.

Aragonez, C. F. (2017). O construto fronteiras na funcionalidade familiar. *Revista Interdisciplinar multi saberes*, 1(1), 48-60.

Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews*, 12(9), 709-723.

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41(1), 63-105.

Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar* (F. Andersen, trad.). Climepsi Editores.

Barreto, A.T.O. (2009). *Os pares e a inclusão da criança diferente na escola do primeiro ciclo* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação-Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/12156>

Basa, V. (2019). Supervisão de pares no campo terapêutico. *European Journal of Counselling Theory, Research and Practice*, 3 (4), 1-10.

Bastos, F. (2015). *Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico: A transição para a doença crónica*. Novas Edições Acadêmicas.

Bastos, F. (2015). *Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico: A transição para a doença crónica*. Novas Edições Acadêmicas.

Bastos, F. S. (2013). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

<http://hdl.handle.net/10400.14/11990>

Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20145
<https://doi.org/10.12707/RV20145>

Fundação Francisco Manuel dos Santos [PORDATA]. Censos de 2021 por concelho e regiões: evolução 1960-2021. PORDATA. <https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumomunicipios-ehttps://www.pordata.pt/censos/quadro-resumomunicipios-e-regioes/regioes/>

Chaves, M. M. P., & de Miranda, J. L. (2023). Sistemas de Informação em Saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712-e11712. <https://doi.org/10.25248/reas.e11712.2023>

Coradini, A. O., Moré, C. L. O. O., & Scherer, A. D. Á. (2017). Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. *Nova Perspectiva sistêmica*, 26(58), 17-37.

Costa, A., Saboga-Nunes, L., & Costa, L. (2016). *Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa*. Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.18/4111>

Dantas, R., Azevedo, T., Alves, M., Balsa, M., Albuquerque, I., Ferreira, M., Pedrosa, C., Gomes, F., Fonseca, C. & Guimarães, J. (2017). Utilização do FINDRISC no rastreio da diabetes em utentes assintomáticos. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 12(1), 45-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpedm.2015.10.028>

Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: 1ª Série, nº 181. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>.

Decreto-Lei nº 102/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, nº 215, páginas 4 – 20. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278> 75

Decreto-Lei nº 103/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, nº 215, páginas 21 – 48. Disponível em: [https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906278)

Decreto-Lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, nº 149, 4069 – 4071. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: I Série, nº 38, 1182-1189. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei nº 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, nº 61, páginas 5587 – 5596. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>

Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I Série, nº 118, páginas 3128 – 3140. Disponível em: <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2017/06/11800.pdf>

Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (2017). *Habilidades sociais e competência social para uma vida melhor*. EdUFSCar.

Delfino, H. B. P. (2021). *Influência de variantes genéticas relacionadas à obesidade e ao Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) no pós-operatório do bypass gástrico* [Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo]. Repositório da Produção USP. <https://doi.org/10.11606/T.17.2021.tde-11042022-113717>

Departamento da Qualidade na Saúde. (2014). Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade no Adulto [e-book], 1ª edição. Alameda: Direção-Geral da Saúde; 2014. [cite 2021 Jan 15]. Available from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/processo-assistencial-integrado-da-pre-obesidade-no-adulto.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2018). Aconselhamento Breve para Promoção Atividade Física: Ferramentas de Apoio. Plano de ação nacional para a atividade física. <http://www.panaf.gov.pt/iniciativa/aconselhamento-breve-para-a-atividade-fisica/>

Direção Geral de Saúde. (2020). Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários: modelo de intervenção e ferramentas.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). Plano Nacional De Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>

Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille: Une approche systémique en soins infirmiers* [Families and health: A systemic approach in nursing care. Gaëtan Morin Éditeur.

Durrer Schutz, D., Busetto, L., Dicker, D., Farpour-Lambert, N., Pryke, R., Toplak, H., ... & Schutz, Y. (2019). European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obesity facts*, 12(1), 40-66.

Eurostat. (2024). *Overweight and obesity - BMI statistics*. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics

Eurostat. (2024). *Oslo Manual 2018: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation (4th Ed.)*, The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264304604-en>.

Eurostat (2019). Overweight and obesity—BMI statistics.

<https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=646099>

Falcke, D. & Wagner, A. (2005). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: Definição de conceitos. In A. Wagner, como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares (pp. 25-45). Porto Alegre: Edipucrs.

Feitoza, R. A., de Sousa, L. F., Campos, I. M. S., & Duarte, E. N. (2019). Memória Organizacional na Ciência da Informação: desvendando relações com o Conhecimento Organizacional. *Em Questão*, 25(1), 473–498. <https://doi.org/10.19132/1808-5245251.473-498>

Ferreira, M. M., Andrade, C., Figueiredo, M. H. (2023). Determinantes de Saúde Familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 130-133). Lidel.

Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20.

Fichman, V., Costa, R. D. S. S. D., Miglioli, T. C., & Marinheiro, L. P. F. (2020). Association of obesity and anovulatory infertility. *Einstein (Sao Paulo)*, 18, eAO5150. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5150

Fiese, B. H., Foley, K. P., & Spagnola, M. (2006). Routine and ritual elements in family mealtimes: Contexts for child well-being and family identity. *New Directions for child and Adolescent development*, 2006(111), 67-89. <https://doi.org/10.1002/cd.156>

Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem colaborativa em enfermagem de Família. Lusociência

Figueiredo, M. (2022). *Modalidades de Intervenção Familiar Sistémica: Intervenção Familiar Sistémica*. Lusodidacta.

Figueiredo, M. et al (2022). Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso. Sabooks Lusodidacta

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. *Loures: Lusociência*, 183.

Figueiredo, M. H. (2023). Pressupostos e Etapas da Entrevista Familiar Sistémica. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 417-421). Lidel.

Figueiredo, M. H. (2023). Princípios da Entrevista Familiar Sistémica. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 407-416). Lidel.

Figueiredo, M. H. (2023). Técnicas de Intervenção Ativa: Genograma. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 431-432). Lidel.

Figueiredo, M. H., Dias, A. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: Metáfora. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 445-446). Lidel.

Figueiredo, M. H., Dias, A. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: Conotação Positiva. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 436-437). Lidel.

Figueiredo, M. H., Dias, A. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: Rituais Terapêuticos. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 443-444). Lidel.

Figueiredo, M. H., Guedes, V. S. Lebreiro, M. (2023). Multidimensionalidade da Saúde Familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 125-129). Lidel.

Figueiredo, M. H., Murteiro, A. M. (2023). Conceito de família. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 92-95). Lidel.

Finucane, FM, Gibson, I., Hughes, R., Murphy, E., Hynes, L., Harris, A., ... & O'Donnell, MJ (2023). Fatores associados à perda de peso e ganhos de saúde em um programa estruturado de modificação de estilo de vida para adultos com obesidade grave: um estudo de coorte prospectivo. *Frontiers in Endocrinology* , 14 , 1257061.
<https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1257061>

Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... & Goldstein, M. G. (2008). Clinical practice guideline. *Rockville, MD: US Department of Health and Human Services*.

Fonseca, A. L. C. P., Guimarães, F. G. S., Salles, I. S. D. A. A., & Scopacasa, L. C. (2022, October). Uso de ferramentas na prática clínica para abordagem familiar no contexto biopsicossocial nas unidades básicas de saúde da família. In *Congresso Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares, Nº 1*,1-8.

Fonseca, R. C. T., & Carvalho, A. L. N. (2016). O papel da empatia e da comunicação assertiva na satisfação conjugal em casamentos de longa duração. *Polêm! ca*, 16(2), 040-058. <https://doi.org/10.12957/polemica.2016.22901>

Gaio, V., Antunes, L., Barreto, M., Gil, A., Kyslaya, I., Namorado, S., ... & Dias, C. M. (2018). Prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal: resultados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015). *Boletim Epidemiológico Observações*, 7(22), 29-33. <http://hdl.handle.net/10400.18/5588>

Gameiro, C. B., & Corrêa, A. S. (2019). Terapia cognitivo-comportamental para casais diante das distorções cognitivas. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, 20(1), 217-228.

Gilliard, D., Baalbaki-Yassine, S., & Hoffman, DL (2023). Instagram. *Revista de desenvolvimento de marketing e competitividade*, 17 (4), 1-8.

Gottlieb, L. & Gotlieb, B. (2017). Strengths-Based Nursing: A Process for Implementing a Philosophy into Practice. *Journal of Family Nursing*, 23(3), 319-340. <http://doi.org/10.1177/1074840717717731>.

Gottlieb, L. (2013). Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family. Springer Publishing. <https://doi.org/10.1111/nuf.12011>;

Gottlieb, L. (2014). Strengths-based nursing. *The American journal of nursing*, 114(8), 24- 46. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.00004:3039.70629.e2>;

Gottlieb, L. (2016). O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças. Lusodidacta.

Gregório, M.J., Teixeira, D., Monteiro, R., de Sousa, S.M., Irving, S.& Graça, P. (2020). *Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários: modelo de intervenção e ferramentas*. Repositório Aberto da UP. <https://hdl.handle.net/10216/131729>

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Lusociência.

Henriques, C. M. G., & de Jesus Santos, E. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>

Instituto Nacional de Estatística [INE] - Censos 2021. 2022. Resultados definitivos. Disponível em: url: <https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023). Censos 2021: O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_b

oui=66321126&PUBLICACOESmodo=2

International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Kaakinen, J.R., Coehlo, D.P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. F.A. Davis Company.

Martins, M. M. (2023). Conceito de Saúde Familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 122-124). Lidel.

Machado, D. M. R., Brás, M. A. M., De Almeida, A. D. D. L., & Vilela, A. C. L. (2023). Modelos de intervenção transgeracional aplicados à enfermagem de saúde familiar-revisão narrativa. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2), 113-122.

Martins, M. M. (2023). Conceito de Saúde Familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 122-124). Lidel.

Martins, M. M., Fernandes, C. S. (2023). A Gestão do Regime Terapêutico. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 260-269). Lidel.

Meleis, AI (2010). *Teoria das transições: teorias de médio alcance e específicas de situação em pesquisa e prática de enfermagem*. Editora Springer.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Edições lidel.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico [OCDE]. (2021). *Estado da Saúde na EU, Portugal: Perfil de saúde do país 2021*.
https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf

Regulamento n.º 428/2018, Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, pp 19354 – 19359. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Regulamento n.º 140/2019, Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: 2ª Série nº 26
Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ribeiro, D., Figueiredo, M. H. (2023). Entrevista Motivacional. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 459-462). Lidel.

Ribeiro, D., Figueiredo, M. H. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: Reenquadramento. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 436-437). Lidel.

Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A. R., Pinto, M., & Figueiredo, M. H. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 25(1), 19–30. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i1.178>

Ribeiro, O., Martins, M. M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 125-134.

Ribeiro, O., Tronchin, D. M. R., & da Silva, J. M. A. V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentados nos referenciais teóricos da disciplina: Realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48.

Ribeiro, O.M.P.L., Martins, M.M.F.P., Tronchin, D.M.R., Silva, J.M.A.V.D., & Forte, E.C.N. (2019). Modelos de prática profissional utilizados pelos enfermeiros nos hospitais portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (supl 1), 24-31.

Roupa, Z., Koulouri, A., Sotiropoulou, P., Makrinika, E., Marneras, X., Lahana, I., & Gourni, M. (2009). Ansiedade e depressão em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, dependendo do sexo e do índice de massa corporal. *Health Sci J*, 3 (1), 32-40.

Silva, M., Figueiredo, CI, Costa, MS, & Camarneiro, AP (2022). Conjugalidades e interações familiares de casais em “ninho vazio”: Análise baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *Revista Millennium de Educação, Tecnologias e Saúde*, 2 (18), 21-31.

Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 17-30.

Walsh, F. (2016). Family resilience: a developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 313–324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>

Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M., Glazer, S., ... Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 192(31), E875–E891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>

World Health Organization [WHO]. (2023). WHO acceleration plan to stop obesity. WHO <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634>

ANEXOS

ANEXO I – Família C

De acordo com o genograma apresentado e elaborado com base na informação colhida através da Sr.^a V, trata-se de uma família nuclear constituída pelo Sr. J e pela Sr.^a V, ambos com 48 anos, casados desde 2003. Este casal tem dois filhos, nomeadamente R de 21 anos e M de 12 anos. Sr. J tem o 6º ano de escolaridade e desempenha funções de Assistente Operacional na junta de freguesia da sua área de residência e a Sr.^a V tem o 4º ano de escolaridade e é empregada de limpeza. O filho mais velho (R) frequenta o Curso de Licenciatura em Educação Física e M frequenta o 5º ano de escolaridade. A Sr.^a V e a filha M são portadoras de obesidade e J tem antecedentes de obesidade infantil, o que evidencia a tendência transgeracional da patologia nesta família. A Sr.^a V foi submetida a cirurgia bariátrica há cerca de 20 anos, indicando que ela tem histórico de obesidade há vários anos. A família encontra-se na etapa do ciclo vital familiar Família com filhos adolescentes. A família é constituída pelos subsistemas conjugal, parental e fraternal.

Das quatro consultas de enfermagem agendadas com a família C, apenas duas foram concretizadas, as quais ocorreram na USF, com um espaço temporal entre elas de um mês. A primeira consulta foi realizada com a Sr.^a V (50 minutos) e na segunda consulta esteve presente a Sr.^a V e a sua filha M.

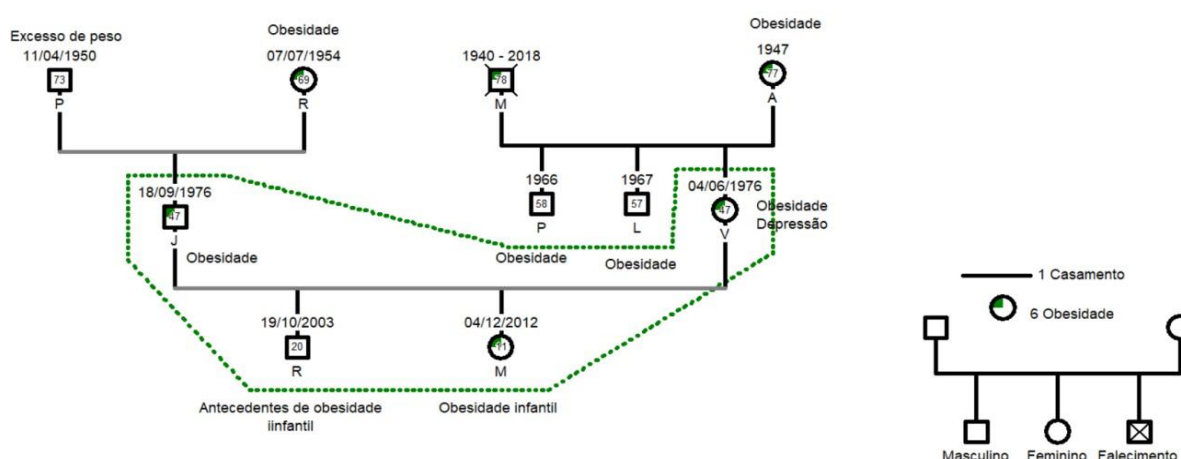
Apenas a Sr.^a V e a sua filha M compareceram às consultas, que foram agendadas nos dias em que M tinha consulta de nutrição na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, que está localizada no mesmo edifício da USF. O reagendamento foi sempre realizado após a não comparência e por contacto telefónico. A família não compareceu à terceira consulta, tendo a mãe apresentado como motivo para a ausência a participação da filha numa atividade escolar (“...a minha filha foi ao teatro com a escola. Ela queria muito ir ao teatro”). Na quarta consulta agendada, ao contactar a Sr.^a V após nova falta à consulta verificou-se que a família estava a vivenciar uma transição saúde/ doença, com internamento da Sr.^a V para ser submetida a uma cirurgia oral complexa. Esta transição saúde/doença da Sr.^a V representa uma crise ou transição accidental na família, que resultou em mudanças na dinâmica familiar como resposta às perturbações, visando preservar a estabilidade da mesma (Relvas, 2003). A capacidade de adaptação de cada indivíduo da família representou um desafio para a saúde, sendo influenciada por características pessoais, mas também pelo contexto familiar. As interações

familiares em momentos de stress decorrentes de problemas de saúde, também

As interações familiares em momentos de stress decorrentes de problemas de saúde, também desempenham um papel significativo (Duhamel, 1995). Essa interação entre a dinâmica familiar e a evolução dos problemas de saúde ocorrem de forma contínua e ao longo do tempo (Galera & Villar, 2002), partindo do princípio de que a evolução é um resultado do funcionamento do sistema familiar. A família reagiu adaptando-se e progredindo na tentativa de se manter funcional. A família não é estática, mas sim um sistema em constante movimento (Auloos, 2003), é um “*sistema que se move no tempo*” (Carter & McGoldrick, 1995, p.4), com um ciclo de vida próprio.

Os dados colhidos sobre cada indivíduo estão inseridos junto à sua representação no genograma. Em simultâneo as informações adquiridas sobre o funcionamento familiar reforçaram a ideia de que os comportamentos dos membros podem ser recorrentes ao longo de gerações. Essa transmissão de uma geração para outra nem sempre segue uma trajetória linear, contudo, muitos padrões sintomáticos, como no caso da obesidade, tendem a ser repetidos nas gerações familiares. O enfermeiro, ao reconhecer o padrão de repetição, compreenderá a dinâmica familiar e poderá adotar a medidas de prevenção como estratégia de intervenção (McGoldrick et al., 2012).

Figura - Genograma da Família C



Os dados obtidos foram devidamente documentados no SClínico® utilizado nas unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários. A análise dos dados considerou as informações produzidas, as particularidades da família e os critérios estabelecidos na matriz operativa do referencial teórico utilizado. As interações facilitam a colheita de dados, que fornece informações que afetam o processo de intervenção, sendo as perguntas feitas consideradas como ações que efetivam intervenções; quando este método é empregado numa abordagem sistémica de intervenção, atua como uma técnica ativa (Figueiredo, 2023).

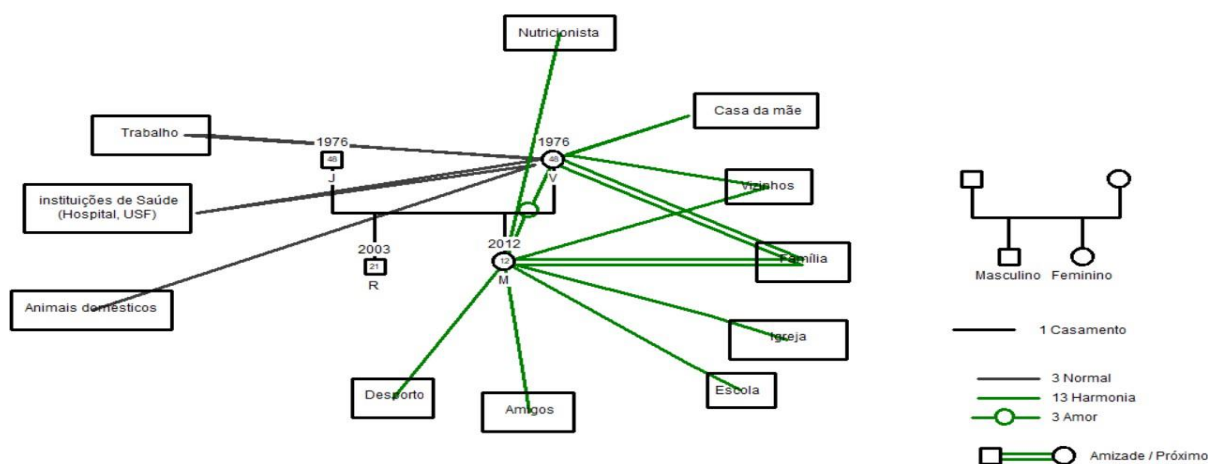
Família extensa

O contacto com a família extensa é realizado por telemóvel ou pessoalmente, diariamente entre a Sr.ª V e a sua mãe e semanalmente com a restante família. As funções destas relações são a companhia, o apoio emocional e guia cognitivo de conselhos.

Sistemas mais amplos

Dentro deste contexto, recorreu-se ao ecomapa que fornece uma imagem visual dos contactos da Sr.ª V e sua filha M com os sistemas mais amplos, permitindo, assim, enfatizar as relações sistémicas dos indivíduos e dos seus ambientes. No caso da família C, como é possível verificar na figura apresentada em seguida, a rede social é grande, logo potencialmente mais efetiva que uma rede pequena face a uma situação de crise (Figueiredo, 2012). No caso do ecomapa, os dados considerados foram colhidos com a Sr.ª V e a filha M, únicos elementos presentes nas consultas, como já referido anteriormente. Relativamente à USF, a Sr.ª V afirma estar satisfeita com os serviços prestados, considera que tem uma relação de empatia e confiança com a sua enfermeira de família e vê nos cuidados de saúde um recurso para lidar com a sua insegurança enquanto mãe.

Figura - Ecomapa da Família C



Classe social

A classe social foi avaliada segundo a Escala de Graffar Adaptada e os resultados obtidos são indicativos de uma família da classe Média (Pontuação de 15 pontos: pontuação 3 na profissão, na instrução e na origem do rendimento familiar; pontuação 4 no tipo de habitação e pontuação 2 no local de residência).

Dimensão Estrutural

No que concerne às áreas de atenção da Dimensão Estrutural (Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precaução de Segurança, Abastecimento de Água e Animal Doméstico) não foi identificada nenhuma necessidade de intervenção, mas são forças da família que ajudam a lidar com os desafios, na conquista de objetivos e na atuação integrada em todos os aspetos da pessoa (Gottlieb, 2016).

Em relação às áreas de atenção avaliadas na Dimensão Estrutural para a família C, o rendimento familiar e o tipo de habitação foram ambos classificados no grau 3 na Escala Adaptada de Graffar. A Sr.^a V verbalizou não existir barreiras arquitetónicas, não dispor de aquecimento, mas usufruir de gás canalizado, demonstrando conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento de água é assegurado pela rede pública.

A família tem como animais domésticos dois gatos, que estão vacinados, desparasitados e registados com chip de identificação. Deste modo, foram formulados os diagnósticos que se seguem, que representam forças e recursos da família: Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro; Precaução de Segurança Demonstrado; Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado. As informações colhidas sobre o Edifício Residencial foram obtidas segundo a perspetiva da Sr.ª V e a informação obtida pela enfermeira orientadora cooperante.

Dimensão de Desenvolvimento

Foi avaliada a Dimensão de Desenvolvimento da família, embora não tenha sido possível identificar diagnósticos devido à presença de um só membro do casal. Em relação a esta dimensão, foram avaliadas as áreas de atenção Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar e Papel Parental. No que se refere à Satisfação conjugal, foram colocadas questões lineares, circulares e de escala à Sr.ª V, tendo esta manifestado ter uma Relação Dinâmica Funcional (manifestada pela satisfação com a divisão/partilha das tarefas domésticas, com o tempo que estão juntos e com a forma como cada um expressa os sentimentos), uma Comunicação Eficaz (dado que a Sr.ª V conversa sobre as expetativas e receios, chega a acordo quando há discordância de opinião e revela satisfação com o padrão de comunicação), uma Interação Sexual Adequada (uma vez que a Sr.ª V demonstra conhecimento sobre sexualidade e satisfação com o padrão de sexualidade) e uma Função Sexual Não comprometida (ausência de disfunções sexuais). Assim, estas subáreas constituem como forças e recursos para a Sr.ª V.

Quadro - Avaliação da área de atenção Satisfação Conjugal, nas subáreas Relação Dinâmica, Comunicação, Interação Sexual e Função Sexual da Sr.^a V

Foco: Satisfação conjugal	
Relação Dinâmica: Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas doméstica	
Atividade diagnóstica Como tem sido o dia a dia? E como gostava que fosse? Como divide /partilha as tarefas domésticas? Tem definido as tarefas que cada um realiza? Sempre dividiram assim as tarefas ou foram alterando a forma como partilham as tarefas? A partilha de tarefas foi planeada? A distribuição foi clara? Vai de encontro às suas expetativas? Está satisfeita com a forma como partilha/divide as tarefas domésticas. Numa escala de 1 a 10 quanto é a pontuação que atribui?	Dados Sr. ^a . V: “Dividimos as tarefas domésticas,” Sempre foi assim.”,” Estou satisfeita com a divisão de tarefas. Satisfação: 10.” Flexibilizamos muito bem a partilha e divisão de tarefas domésticas quando é necessário alterar”
Relação Dinâmica: Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
Atividade diagnóstica Que tempo reserva para estarem juntos? Sente-se satisfeita com o tempo que passam juntos? Numa escala de 1 a 10(em que 1 é nada satisfeitos e 10 muitíssimo satisfeitos), como pontuaria a vossa satisfação? Sempre sentiu o que mencionou na questão anterior, ou houve alguma alteração nos últimos tempos? Gostaria de partilhar mais tempo juntos? Seria importante para si? Que atividades recreativas gosta de partilhar? Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos? Na sua opinião, esse tempo deveria aumentar ou diminuir? Que tarefas/atividades considera que vos retira tempo para estarem juntos? Como poderia fazer para contornar isso?	Dados Sr. ^a . V: Valorizo muito a partilha de tempo juntos”, “gosto muito de ir à praia e a romarias”, “Fazemos tudo em conjunto”
Relação Dinâmica: Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	

Atividade diagnóstica Tem partilhado os vossos sentimentos e emoções? Como reage quando o seu marido Está satisfeita com a forma como expressam o que sentem um ao outro? Numa escala de 1 é nada satisfeito e 10 muito satisfeito em que numero se posicionaria? Sente que o seu marido compreende os seus sentimentos? Sente que o seu marido expressa os seus sentimentos de modo apropriado? De que forma costuma mostrar ao seu marido o que sente? Sente dificuldade em expressar os sentimentos em algumas situações? Costuma chamar a atenção do marido para comportamentos que considera não apropriados? De que forma o faz? Como reage o seu marido quando expressa que os comportamentos dele não foram apropriados? E como reage quando o seu marido faz o mesmo acerca dos seus comportamentos? Sente que o seu marido aceita totalmente, incluindo defeitos e virtudes? Quem a conforta quando se sentem mais tensos ou sob pressão? Sentem que pode realmente contar com o marido quando precisam de ajuda? Considera que deve haver mudanças? Acham que a partilha é importante? Tem manifestado expressões de afeto e de apoio mútuo? De que forma? O que significa para si a expressão de afeto? Costumam pensar na forma como tem expressado os sentimentos e as vossas emoções?	Dados Srª. V: “Sim, conversamos muito”, “sempre foi assim”. “quando um de nós está mal temos de saber o porquê de estar mal”. O meu marido é muito carinhoso e apoia-me muito”. “Somos um casal muito confidente e companheiros”.
Subdiagnóstico: Não foi possível identificar um subdiagnóstico por motivo de estar na consulta só um elemento do casal	
Comunicação: O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	

Atividade diagnóstica Costuma conversar sobre a vossa relação como casal? Tem partilhado as expectativas e preocupações enquanto casal? (Com quem partilha os sucessos e fracassos? Costuma reservar tempo para conversar sobre o dia de cada um? Tem conversado sobre o trabalho? Sentem que as expectativas/receios são semelhantes aos dois? Quantas vezes por semana confia os seus problemas? Costumam ouvir com atenção as preocupações de cada um? Na sua opinião, o seu marido é compreensivo? Acha que ainda poderiam melhorar a sua disponibilidade no sentido de uma melhor compreensão? Que importância numa escala de 0(nenhuma importância a 10(muita importância) atribui aos aspetos da comunicação, empatia e compreensão entre um casal	Dados Sr^a. V: “Partilhamos sempre o que se passou ao longo do nosso dia”. O meu grau de satisfação também é 10. “Foi sempre assim, considero ter uma boa relação”, atribuo uma total importância aos aspetos da comunicação e compreensão entre nós.”
Comunicação: O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
Atividade diagnóstica Na sua opinião, de 0(nenhuma consideração) e 10(total compreensão), quanto leva em consideração a opinião do seu marido? E quanto considera que deveria ser? É possível descrever um episódio de discordância de opiniões entre vocês e como geriram a situação? É frequente ter opiniões semelhantes sobre alguns assuntos? Existe entre o casal discordância de opiniões? Quais os temas? Consegue expressar a sua opinião livremente, sem medo de represálias do marido? Na sua opinião, há um padrão de concordância/discordância sistemática? É frequente fingir ter a mesma opinião para evitar discussões? Quantas vezes numa semana estão em discordância de opiniões? Na sua opinião, algum elemento do casal expressa opiniões contrárias propositadamente? Normalmente, pedem a opinião um do outro, quando é necessário tomar uma decisão? Costumam fazer cedências se surgir divergências? Tenta sempre solucionar os problemas em conjunto. Concorda? A capacidade que têm para chegar a um acordo poderia ser melhorada, ou está bem assim?	Dados Sr.^a-V- “Conversamos “, “Sempre, não fazemos nada um sem o outro. Somos muito cúmplices”, “Sim, somos, somos um casal muito aberto”.
Comunicação: Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
Comunicação: Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
Atividade diagnóstica Está satisfeita com a forma como comunica enquanto casal? Numa escala de 1(nada satisfeita) e 10(Muito satisfeita)?	Dados Sr.^a-V: Somos muito unidos, conhecemo-nos muito bem, não precisamos de falar para perceber que algo

Como qualifica a comunicação entre vocês? Como gostaria que fosse? Na sua opinião, considera que a comunicação é realizada de forma eficaz? Acha que poderia melhorar a forma como comunica? Conversa sobre vários tipos de assuntos enquanto casal? Tem alguns assuntos que evita conversar? Existe algum assunto que gostaria de abordar com o seu marido? Quando acontece algo muito bom/mau, a quem conta primeiro? Costuma ao longo do dia telefonar/enviar mensagens ao marido? Considera que sem falar tem a capacidade de comunicar e compreender o outro? Na sua opinião, a comunicação entre os dois é importante? Costuma discutir? Em média, numa semana, quantas vezes discute? Costuma elogiar o marido? Com que frequência? Como reage o seu marido quando o elogia? Costuma criticar o marido? Com que frequência? Como reage o seu marido quando o critica? Costuma conversar sobre a relação? Que estratégias usa para fazer as pazes após uma discussão? Quando combina algo ambos seguem o acordado? Costuma ser verbalmente agressiva com o outro? E fisicamente? Quem costuma iniciar uma conversa? Quem costuma finalizar as conversas? Quem fala mais? Considera o seu marido o seu confidente? Que importância atribui à capacidade de serem confidentes na vida? “Sente que na vossa relação existe espaço para o diálogo?” Numa escala de 0 a 10 relativamente à qualificação da comunicação entre A Sr^a V e o marido. (em que 0 é muito má e 10 excelente), como qualifica a vossa comunicação?	não está bem.” mas nunca de maneira agressiva, cordialmente”. “Ficamos pouco tempo chateamos, gostamos demasiado um do outro para isso. Um de nós vai ter com o outro e temos uma boa conversa.”
Subdiagnóstico: Não foi possível identificar um subdiagnóstico por motivo de estar na consulta só um elemento do casal	
Interação Sexual: Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
Atividade diagnóstica Tem conversado sobre a vossa intimidade? Gostaria que fosse diferente? Sente estar satisfeita quanto ao padrão sexual atual?	Dados A Sr^a.V sente-se satisfeito com o padrão de sexualidade
Interação Sexual: Conhecimento do casal sobre sexualidade	
Atividade diagnóstica Numa escala de 0 pouco satisfeita e 10 muito satisfeita considera-se satisfeita com o seu padrão de sexualidade. Considera ter conhecimentos suficientes sobre	Dados A Sr.^a V tem conhecimento sobre a sexualidade

sexualidade?	
Função Sexual: Existência / Ausência de Disfunções Sexual	
Atividade diagnóstica Está satisfeita com a função sexual. Numa escala de 0(nada satisfeita e 10 muito satisfeita) como pontua?	Dados Sr.ª V- É um 10 “Não sinto nenhuma alteração” Não sente alterações em relação á função sexual
Diagnósticos: Não foi possível identificar um diagnóstico por motivo de estar na consulta só um elemento do casal	

Relativamente à área de atenção Planeamento Familiar, foram realizadas as atividades diagnósticas nas subáreas Uso de Contracetivos e Conhecimento sobre Reprodução e Fertilidade, com recurso a perguntas lineares, não tendo sido identificadas necessidades de intervenção relativas à Srª V, único elemento da família presente. A Srª V referiu que não planeia ter filhos e mostrou conhecimento sobre vários métodos contracetivos, tendo escolhido como método contracetivo o dispositivo intrauterino (“Coloquei em 2020, o Mirena”), com o qual demonstra estar satisfeita, tendo pontuado o seu grau de satisfação num 10. Assim estas subáreas constituem como forças e recursos para a Srª V.

Relativamente ao Papel Parental em família com filhos adolescentes, a Srª V demonstrou Conhecimento do Papel e Comportamento de Adesão ao Papel Parental, evidenciando consenso do papel e ausência de sinais de Conflito ou Saturação relacionados com o seu desempenho. Deste modo, estas subáreas constituem como forças e recursos para a Srª V, não sendo possível enunciar um diagnóstico familiar.

Dimensão Funcional

Em relação à Dimensão Funcional, foram avaliadas as áreas de atenção, identificando os seus pontos fortes e recursos disponíveis com a Srª V. Na dimensão funcional, segundo a Srª V, ela manifesta considerar ter uma Comunicação Familiar Eficaz, Coping Familiar Eficaz, Relação Dinâmica Não Disfuncional e a Interação de Papéis Eficaz.

Simultaneamente à avaliação e intervenção familiar foi desenvolvido um plano de cuidados personalizado baseado nas necessidades individuais da Srª V.

Prestação de Cuidados aos Membros Individualmente - Srª V

Para a Srª. V, considerando as suas especificidades, foram avaliadas as áreas de atenção: Pressão Arterial, Gestão do Regime Terapêutico, Comportamento de Adesão ao Regime Terapêutico, Uso de Álcool, Uso de Tabaco, Uso de Contracetivo, Adesão à Vacinação, Comportamento de Adesão ao Rastreio do Cancro do colo do útero e Comportamento de Procura de Saúde.

A Srª.V tem o PNV atualizado e realiza consultas de vigilância de saúde semestralmente. Apresenta um valor tensional controlado, 120/85 mmHg, manifestando conhecimento sobre o Regime Medicamentoso, que cumpre. Em relação ao Regime Dietético e ao Regime de Exercício Físico, a Srª V apresenta conhecimento, contudo não cumpre as orientações nestas áreas: não pratica atividade física e não cumpre as orientações relativas ao regime dietético (come uma peça de fruta por dia, não come sopa, bebe pouca água e só faz 2 refeições por dia). Apresenta um peso de 84 Kg, o que se traduz num IMC de 31,6 Kg/m². Refere que não fuma e não ingere bebidas alcoólicas. Deste modo, foram identificados como recursos e forças da Srª.V os seguintes diagnósticos: Adesão à Vacinação Demonstrada; Sem Hipertensão Arterial; Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Demonstrado; Comportamento Medicamentoso Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrado; Gestão do Regime Medicamentoso Demonstrado; Comportamento de Adesão ao Rastreio do Cancro do colo do útero Demonstrado; Uso de contracetivo sem compromisso, Sem Abuso de Tabaco; Sem Abuso de Álcool e Comportamento de Procura de Saúde Demonstrado.

Como diagnósticos que requerem intervenção foram identificados: Obesidade; Comportamento de Adesão ao Regime de Exercício Não Demonstrado e Comportamento de Adesão ao Regime Dietético Não Demonstrado. Assim, foram implementadas intervenções colaborativas com a Srª. V, no intuito de ensinar sobre hábitos de exercício e incentivar à sua adoção conforme as orientações do PNPAF (DGS, 2018) e hábitos alimentares saudáveis de acordo com as orientações do PNPAS (DGS, 2020). Na segunda consulta utilizou-se como ferramenta a entrevista motivacional de modo a educar sobre saúde e promover mudanças nos estilos de vida da Srª. V, portadora de doenças crónicas como a obesidade (Menezes et al., 2022). A sua utilização teve como objetivo identificar o estágio de mudança, de modo a intervir para que a mudança se tornasse efetiva. Neste caso, percebeu-se que a Srª. V se encontrava numa fase de recaída, isto é, em que houve o retorno a comportamentos não benéficos para a sua saúde, sendo por isso necessário consciencializá-la para o problema

(complicações associadas à obesidade). Os ganhos em saúde com o recurso à entrevista motivacional com a Sr^a. V, traduziram-se na consciencialização do malefício do padrão de comportamento que tem e da necessidade de mudança. O elogio e reforço positivo relembrou a sua resiliência, determinação e capacidade de mudança no passado. Incidir sobre uma alimentação inadequada e falta de exercício físico é considerado como um método não farmacológico, com o intuito de promover mudanças no estilo de vida, com foco no controlo do peso, altura, IMC, perímetro abdominal e pressão arterial. A entrevista motivacional auxiliou a Sr^a V a aderir e manter as recomendações do plano de cuidados, reduzindo os danos físicos, materiais, psicológicos e emocionais causados pela má gestão da doença, resultando numa melhoria da qualidade de vida (Menezes et al., 2022). É muito importante o desejo de mudança, e é nesse momento que o profissional habilitado para essa finalidade exhibe empatia, aceitação e compreensão pela situação que a Sr^a.V enfrenta, abstendo-se de fazer julgamentos ou impor mudanças não desejadas (Menezes et al., 2022). Uma ferramenta de apoio que foi de crucial importância para a intervenção breve foi o “Guia para atividade física” (DGS, 2018). Esse guia forneceu informações essenciais relativamente à atividade física recomendada para adultos, além de estratégias para aumentar atividade diária e reduzir o comportamento sedentário (DGS, 2018). Ele auxilia na identificação dos benefícios da prática de exercícios mais relevantes para a pessoa, bem como na identificação de barreiras e fatores facilitadores para a pessoa se tornar mais ativa (DGS, 2018). O guia incluiu um plano de ação para ajudar Sr^a.V a implementar mudanças práticas e a definir metas e estratégias de implementação, consideradas fundamentais para as mudanças comportamentais (DGS, 2018). Também ofereceu um plano de manutenção a nível de atividade física compatível com as recomendações, com sugestões para manter o interesse na prática de atividades físicas (DGS, 2018). A avaliação foi destacada como a base para o acompanhamento individual e monitorização da evolução, permitindo uma intervenção mais personalizada de acordo com o tempo e recursos disponíveis (DGS, 2018).

Elogiou-se a Sr^a. V pelos dados obtidos. Destes dados e após consulta, pode concluir-se que existiu envolvimento para a mudança de comportamento, observou-se uma melhoria do diagnóstico de obesidade grau I para pré-obesidade, no entanto continua a apresentar fatores de risco para desenvolver doenças associadas à obesidade.

A Sr^a. V realizou mudanças importantes no modo como compõe as suas refeições e na realização de atividades físicas, como voltar a caminhar com o marido três vezes/semana. Estas mudanças relacionadas com a adoção de hábitos alimentares e de exercício mais

saudáveis, traduziu-se numa demonstração efetiva de adesão ao regime dietético e de exercício demonstrado. A Sr.^a V foi questionada sobre como se sentia em relação à consulta anterior (questão reflexiva) o qual respondeu “...sinto-me muito melhor, perdi 3,5Kg “. Quando questionada sobre se estava a conseguir manter uma alimentação mais equilibrada, “tem conseguido fazer uma alimentação mais equilibrada?” respondeu que “sim “, e quando questionada “consegue ver essa mudança a manter-se daqui a um ano” (projeção futuro/questão reflexiva) expressou que “estou motivada e acho que consigo”. Aproveitou-se o momento para reforçar positivamente, mencionando que “quanto maior for a motivação, mais consistente é a mudança e mais rapidamente consegue resultados” (conotação positiva). Nessa consulta, foram avaliados o conhecimento e a adesão ao regime alimentar, os quais tinham melhorado, e foram realizadas perguntas como: “Como tem distribuído as refeições ao longo do dia?” e V respondeu” tenho realizado lanches a meio da manhã e meio da tarde “, “como sopa antes do prato principal em todas as refeições “,” só como bolo uma vez por semana e às vezes nem uma vez “, “bebo um chá e duas bolachas antes de deitar “e “reparto o prato como me orientou”. No que diz respeito ao exercício “tem realizado caminhadas com o marido?...Quantas/semana?” (ritual terapêutico), mencionou que “não consigo ir todos os dias, mas vou 2 a 3 vezes /semana”.

A filha M só compareceu na segunda consulta, a qual foi realizada durante 10 minutos, por indisponibilidade de tempo da mãe. A duração da consulta para a Sr.^a V e M foi de 30 minutos (20 minutos para a Sr.^a V e 10 minutos para M).

Iniciou-se a consulta de M com a avaliação dos parâmetros antropométricos (Peso-72Kg; altura-153, TA-122/75mmHg; FC-88bat./min.; PA-96cm; IMC-30,7629,73kg/m² e percentil maior que 95). Quando o percentil do peso é >95 é considerado obesidade infantil.

M apresenta um desenvolvimento infantil comprometido relacionado com percentil do peso >95.

Como antes da minha consulta, a jovem tinha tido consulta de nutrição achei pertinente incidir a minha atividade diagnóstica sobre como M ocupava os seus tempos livres.

M como ocupas os teus tempos livres? M teve alguma hesitação na resposta” ...vejo televisão ou estou no telemóvel”. Sr.^a V, qual a sua opinião sobre a forma como M ocupa os seus tempos livres?”, e a Sra.^a V mencionou” M gosta muito de estar no sofá no telemóvel, no mundo dela”,” ...nesse momento fecha-se para o mundo”,” ... tempo e paciência são a chave, porque as mudanças não param de acontecer!”,” M tem

problemas de obesidade infantil e está a ser seguida na consulta de nutrição que teve há cerca de 20 minutos”.

Foi essencial perceber o conhecimento da mãe sobre a adolescência, e as mudanças nesta fase “... quanto maior exposição a fatores de risco e situações de vulnerabilidade, maior possibilidade existe de interferência no desenvolvimento individual, das atitudes, dos comportamentos e nas relações sociais na vida adulta. Em contrapartida, fatores como autonomia, autoestima, o lazer e o bem-estar, o apoio social e familiar atuam como protetores da saúde mental por envolverem sentimentos positivos, maior satisfação e melhor qualidade de vida

O lazer, e seu significado “(...) *significa um conjunto de atividades. A atividade recreativa também tem origem no latim, recreatio, e quer dizer recreação. Remete ao recreio, a busca da diversão, distração. É por isso que nas escolas há o momento de recreio para as crianças, pois nele elas podem se divertir e distrair, já que o ensino, assim como o trabalho, requer concentração. A atividade recreativa denota o procedimento no qual os indivíduos podem relaxar mentalmente distraíndo-se das suas atividades laborais, educacionais obrigatórias. Neste contexto, é algo voluntário. Esta é a interpretação que a maioria das pessoas associa ao conceito de “lazer”. Por isto consideramos que este é composto por momentos e atividades de recreação. Inclusive a sua função, como alguns colocam, é renovar a força de trabalho o aquele submetido a atividades cansativas, desgastantes, que exigem certa concentração mental e/ou esforço físico*” (Viana, 2018, p. 86).

Silva et al., (2019) concluíram que o prolongamento do tempo de exposição aos media, combinado com a falta de atividade física e maus hábitos alimentares, contribui para alterações do estado nutricional das crianças, resultando um aumento de incidência de sobrepeso e obesidade. Apesar da tecnologia ser um dos principais responsáveis pelo aumento da obesidade infantil, atualmente existem diversas ferramentas no computador, aplicações móveis e jogos eletrônicos que podem ajudar na prática de exercício físico, permitindo uma utilização positiva desses recursos no combate ao sedentarismo e na redução da obesidade infantil, assim como das suas conseqüentes complicações. Foi utilizada a técnica de intervenção ativa “Imagine uma borboleta que está dentro de um casulo, abandona o casulo e ensaia o primeiro voo (metáfora). Os pais são a sua ancora”. Foi proposto à Sra. V e à filha M em família ao sábado ou domingo, juntos, pesarem-se, falar sobre as alterações do peso que ocorreram durante a semana, apontar o que aconteceu de

diferente, o que acham que podem melhorar (Ritual terapêutico) e validado com a mãe e M que aceitaram.

Este ritual não foi possível ser validado nas consultas seguintes por falta de comparência, tendo sido o motivo já acima mencionado.

A literacia em saúde em adultos refere-se à capacidade dos indivíduos de compreender, avaliar e utilizar informações saúde para tomar decisões informadas e promover sua a sua saúde e bem-estar (WHO, 2023). Segundo os dados validei e verifiquei uma melhoria de conhecimentos relativamente às áreas de mudança de comportamento. Esta aquisição de novo conhecimento ajudou a fazer outras mudanças comportamentais. O facto da Sr.^a V acompanhar a filha às consultas de nutrição é um contributo importante para a sua perda de peso.

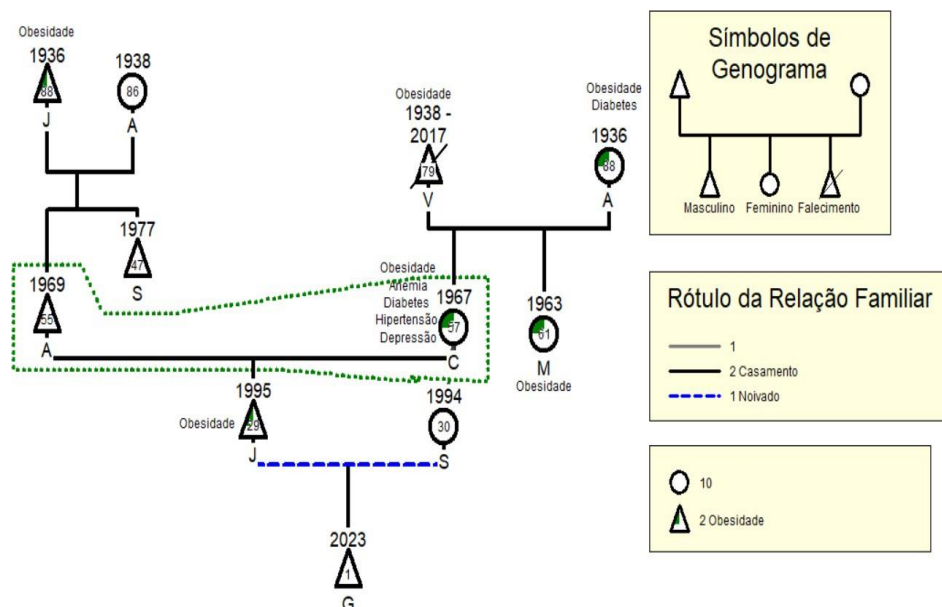
A Sr.^a V e M despertaram uma maior consciência em relação à importância da alimentação saudável e do exercício físico, não só para o individuo, mas também, para o impacto que esses comportamentos têm na família. A participação ativa mãe e filha fortaleceu os vínculos familiares promovendo a partilha de experiências nas consultas. O objetivo foi aquisição de conhecimento e mudança de comportamentos validados positivamente na Sr.^a V, refletindo ganhos em saúde. A Sr.^a V e M comprometeram-se no processo, expressando isso através de descrições feitas, do conhecimento adquirido, e das alterações em comportamentos menos saudáveis, como a redução do consumo de doces e a inclusão de sopa nas refeições para toda a família.

ANEXO II – Família M

A família M é casal constituído pelo Sr. A com 54 anos, tem o 7º ano de escolaridade e é vendedor de peças de automóvel e a Sr.ª C tem 56 anos é doméstica e ajuda irmã duas vezes/semana na limpeza de Campas num cemitério perto da área de residência e tem o 4º ano de escolaridade, estes estão casados desde 1995. A Sr.ª C foi diagnosticada com hipertensão arterial, obesidade, anemia por baixa de ferro, depressão medicada com terapêutica oral, já foi submetida a histerectomia total aos 42 anos e cirurgia bariátrica a cerca de 7 anos. A família encontra-se na etapa do ciclo vital -casal. O Sr A tem um IMC de 28 kg/m². A Sra. C. com obesidade e um IMC de 34,0 kg/m² foi submetida a cirurgia bariátrica em 2007, e é hipertensa e diabética. Atualmente sente necessidade de ser submetida a cirurgia plástica devido ter gordura localizada e pele em pendulo na região abdominal baixando a sua autoestima.

Foram elaboradas quatro consultas de enfermagem, as quais ocorreram na USF, com um espaço temporal entre elas de um mês. As consultas foram realizadas com a Sr.ª C (60 minutos). De acordo, com o genograma apresentado em seguida, nesta família está evidente, nas informações colhidas, a tendência transgeracional no que se refere à obesidade. Os padrões sintomáticos, como obesidade tendem a ser repetidos nas gerações desta família. Ao reconhecer o padrão de repetição, permitiu uma melhor compreensão da dinâmica familiar e permitiu adotar a prevenção como estratégia de intervenção.

Figura - Genograma da família M



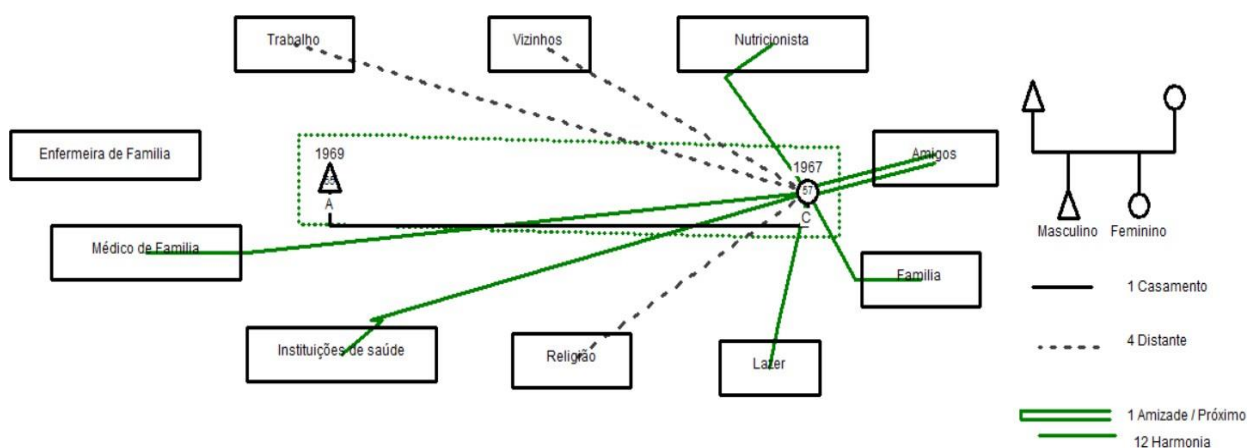
Família extensa

O contacto com a família extensa é realizado por telemóvel ou pessoalmente, diariamente entre Sr.^a C, a sua mãe e sua irmã e semanalmente com a restante família. As funções destas relações são a companhia, o apoio emocional e guia cognitivo de conselhos.

Sistemas mais amplos

Foi elaborado um ecomapa, que se apresenta em baixo, que fornece uma imagem visual dos contactos da Sr.^a C com os sistemas mais amplos, permitindo, assim, enfatizar as relações sistémicas dos indivíduos e dos seus ambientes.

Figura - Ecomapa da família M



Classe Social

A classe social foi avaliada segundo a Escala de Graffar Adaptada e os resultados obtidos são indicativos de uma família da classe Média (Pontuação de 15 pontos: Grau 4 na profissão; Grau 3 na instrução; Grau 3 na origem do rendimento familiar; Grau 3 no tipo de habitação; Grau 2 no local de residência).

Foram realizadas 4 consultas na USF, sempre com a Sra.C com duração de 60 minutos cada, sempre realizadas das 9 horas às 10 horas com unicamente a Sra.C.

Dimensão estrutural

Em relação às áreas de atenção avaliadas na Dimensão Estrutural para a família M, o

Rendimento Familiar e o tipo de habitação foram ambos classificados no grau 3 na Escala Adaptada de Graffar. A Sra.C verbalizou não existir barreiras arquitetónicas, dispondo de salamandra e de equipamentos elétricos, demonstrando conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento de água é assegurado pela rede pública. A Sra.C tem como animais domésticos, dois gatos, que estão vacinados, desparasitados e registados com chip de identificação. Deste modo, foram formulados os diagnósticos que se seguem, que representam forças e recursos da família: Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro; Precaução de Segurança Demonstrada; Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado.

Dimensão Desenvolvimento

No âmbito da Dimensão de Desenvolvimento, foi possível colher dados pertinentes em relação à Satisfação Conjugal, embora não fosse possível identificar os diagnósticos, pois só tive contacto com um elemento do casal (Sr^a C) na consulta.

Em relação à dimensão do desenvolvimento foi avaliada a áreas de atenção Satisfação Conjugal, somente com a Sr^a C único elemento presente nas consultas. No que se refere à Satisfação conjugal, foram colocadas questões lineares e de escala, tendo a Sr^a C manifestado ter uma Relação Dinâmica Funcional (manifestada pela satisfação com a divisão/partilha das tarefas domésticas, com o tempo que estão juntos e com a forma como cada um expressa os sentimentos), uma Comunicação Eficaz (dado que a Sr^a C conversa sobre as expetativas e receios, chega a acordo quando há discordância de opinião e revela satisfação com o padrão de comunicação), uma Interação Sexual Adequada (uma vez que a Sr^a C demonstra conhecimento sobre sexualidade e satisfação com o padrão de sexualidade) e uma Função Sexual Não comprometida (ausência de disfunções sexuais por parte da Sr^a C). Como só esteve presente a Sr.^a C na consulta não foi possível enunciar o diagnóstico Satisfação Conjugal Mantida, constituindo as subáreas para a Sr^a C como forças e recursos.

Quadro - Avaliação da área de atenção Satisfação Conjugal, nas subáreas Relação Dinâmica, Comunicação, Interação Sexual e Função Sexual da Sr.^a C

Foco: Satisfação conjugal	
Relação Dinâmica: Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
Atividade diagnóstica Qual é a sua situação laboral? Como divide/partilha as tarefas domésticas? Que percentagem de tarefas domésticas costuma fazer? Sente-se satisfeita com a forma como partilha/divide as tarefas domésticas? De 1 a 10, quanto pontua? Já conversou sobre a divisão de tarefas domésticas? — A que conclusões chegou?	Dados A Sr. ^a C está satisfeita com a partilha das tarefas domésticas no nível 10. Refere que faz todas das tarefas (100%), mas está satisfeita com essa divisão.
Relação Dinâmica: Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
Atividade diagnóstica Está satisfeito (a) com o tempo que passam juntos? Que importância tem o tempo que passam juntos? Que atividades recreativas gosta de partilhar? Quem tem, habitualmente, a iniciativa para realizar atividades recreativas juntos?	Dados “Aproveito o tempo que temos juntos e administramos da melhor forma. Fazemos o que queremos, somos livres. Agora que voltamos a estar só os dois damos mais valor aos pequenos momentos e aprendendo a apreciar tudo de outra forma, mais madura.”
Relação Dinâmica: Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
Atividade diagnóstica Costuma conversar com o seu marido sobre os seus sentimentos? Está satisfeita com a forma como expressam o que sentem um ao outro? De 1 a 10 qual o grau de satisfação? Como reage quando o seu marido expressa o que sente? Costuma chamar a atenção do marido para comportamentos que considerara desadequados? Como o faz? Com quem realmente contam para se sentir mais relaxada, quando está tensa ou sob pressão? Sente que pode realmente contar com o marido quando precisa de ajuda?	Dados “Estou satisfeita com a forma como expressa os sentimentos: 10. “Costumamos conversar...eu falo mais do que ele, ligo mais a essas coisas. Contamos sempre um com o outro para tudo, sempre foi assim.
Comunicação: 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 costuma partilhar os seus sucessos e fracassos? Sente que as suas expectativas/receios são semelhantes às do seu marido? Na última semana, quantas vezes confidenciou com o marido problemas? Costuma ouvir com atenção as preocupações do seu cônjuge? Na sua opinião, o seu cônjuge é compreensivo? Numa escala em que (0 nenhuma importância e 10 máxima importância) atribui aos aspetos da comunicação, empatia e compreensão entre um casal?	Dados A Sr. ^a C partilha da opinião que conversa sobre expectativas e receios com o conjugue, assim como sucessos e fracassos.
Comunicação: O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
Atividade diagnóstica e resultados	Dados

Na sua opinião, de 0(nenhuma consideração) e 10(total consideração), quanto leva em consideração a opinião do seu cônjuge? 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 cônjuge? Costuma fingir ter a mesma opinião do seu cônjuge, para evitar discussões? Quando é necessário tomar uma decisão, pede a opinião ao cônjuge? Quando as divergências surgem costuma fazer cedências? Tenta sempre solucionar os problemas em conjunto. Concorda?	A Sr.^a C consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião. Refere levar em consideração a opinião do cônjuge a 100%. Discorda muito pontualmente, em “pequenas questões”.
Comunicação: Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
Atividade diagnóstica Costuma ter momentos de diálogo enquanto casal? Está satisfeita com a forma como comunicam enquanto casal? Como qualifica a comunicação entre vocês (numa escala de 0 muito má e 10 excelente)? Quando conversam estão sós? Quando acontece algo muito bom ou muito mau, a quem conta primeiro? Considera que têm a capacidade de comunicar e de se compreender um ao outro, sem falar? Na sua opinião numa escala (de 0 nada importante e 10 muito importante) qual a importância que atribui á comunicação entre o casal?	Dados “estamos casados há 30 anos e penso que nesta altura do campeonato já estamos a estar num alto patamar de comunicação entre nós. Estamos quase sempre juntos, mas falamos de coisas do dia-a-dia, do filho, do neto...e das notícias que vão dando diariamente A comunicação é muito importante. é a base de todas as relações”.
Subdiagnóstico: Não foi possível identificar um subdiagnóstico por motivo de estar na consulta só um elemento do casal	
Interação Sexual: Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
Atividade diagnóstica Tem conversado sobre a vossa intimidade? Gostaria que fosse diferente? Sente estar satisfeita quanto ao padrão sexual atual?	Dados A Sr.^a.C sente-se satisfeita com o padrão de sexualidade.
Interação Sexual: Conhecimento do casal sobre sexualidade	
Atividade diagnóstica Numa escala de 0 pouco satisfeita e 10 muito satisfeita considera-se satisfeita com o seu padrão de sexualidade. Considera ter conhecimentos suficientes sobre sexualidade?	Dados A Sr.^a C tem conhecimento sobre a sexualidade
Função Sexual: Existência / Ausência de Disfunções Sexual	
Atividade diagnóstica Está satisfeita com a função sexual. Numa escala de 0(nada satisfeita e 10 muito satisfeita) como pontua?	Dados Sr.^a C- É um 10 “Não sinto nenhuma alteração”
Diagnósticos: Não foi possível identificar um diagnóstico por motivo de estar na consulta só um elemento do casal	

Dimensão Funcional

Em relação à Dimensão Funcional foram avaliadas as subáreas Coping Familiar e Interação de Papéis Familiares na área Processo Familiar, com recurso a questões lineares e de escala, não se tendo identificado alterações nestas subáreas. Não se considerou necessária a avaliação da Comunicação e Relação Dinâmica, dado que este núcleo familiar é composto apenas pelo casal e estas subáreas já foram anteriormente avaliadas no âmbito da Satisfação Conjugal com a Sr^a. C. Assim, não sendo possível formular o diagnóstico Processo Familiar Não Disfuncional, este constitui-se uma força e recurso para a Sr^a. C.

Prestação de Cuidados aos Membros Individualmente - Sr^aC

Simultaneamente foi elaborado um plano de cuidados individual para a Sr^a.C, com base nessas informações, foi crucial abordar as complicações decorrentes da não adesão ao regime terapêutico, incluindo o agravamento do peso e a associação de complicações. Foi necessário incentivar a adesão ao regime terapêutico, negociar um contrato de saúde, estabelecendo acordos dentro das preferências alimentares e de exercício, além de orientar sobre melhorias nos hábitos e promover a consciencialização, explicando as consequências da falta de adesão.

Para a Sr^a.C, considerando as suas especificidades, foram avaliadas as áreas de atenção: Pressão Arterial, Gestão do Regime Terapêutico, de Adesão ao Regime Terapêutico, Risco de Úlcera Diabética, Rastreio do Cancro do Colo do Útero, Uso de Álcool, Uso de Tabaco, Adesão à Vacinação e Comportamento de Procura de Saúde.

A Sr^a.C tem o Programa Nacional de Vacinação (PNV) atualizado e realiza consultas de vigilância de saúde semestralmente. Apresenta um valor tensional controlado, Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso, que cumpre. Em relação ao Regime Dietético e ao Regime de Exercício Físico, a Sr^a.C apresenta conhecimento, contudo não cumpre as orientações nestas áreas, uma vez que não pratica atividade física, nem as orientações relativas ao Regime Dietético (duas refeições por dia, bebe pouca água e não come sopa às refeições). Apresenta um peso de 86Kg, o que se traduz num IMC de 31,6 Kg/m². Refere que não fuma e não ingere bebidas alcoólicas.

Foram identificados os seguintes diagnósticos que se representam como recursos e forças: Adesão à Vacinação Demonstrada; Conhecimento sobre Prevenção Hipertensão Demonstrado

e com hipertensão controlada(137/85mmhg) e sem hiperglicemia(94mg/dl); Conhecimento sobre Prevenção de Úlcera do Pé Demonstrado (tem conhecimento sobre os cuidados aos pés). Conhecimento sobre obesidade Demonstrado; Comportamento de Adesão ao Regime Medicamentoso Demonstrado; Gestão do Regime Medicamentoso Demonstrada; Risco de Úlcera Diabética em Grau Reduzido; Sem Abuso de Tabaco e Sem Abuso de Álcool.

Os diagnósticos identificados com necessidade de intervenção foram: Obesidade; Comportamento de Adesão ao Regime de Exercício não Demonstrado e Gestão do Regime de Exercício não Demonstrado (sem prática de atividade física); Comportamento de Adesão ao Regime Dietético não Demonstrado; e Gestão do Regime Dietético não Demonstrado (apenas duas refeições por dia).Foram implementadas intervenções, de forma colaborativa com a Sr^a.C, no âmbito ensinar, instruir e incentivar sobre hábitos de exercício de acordo com as orientações do PNPAF (DGS, 2018), hábitos alimentares saudáveis de acordo com as orientações PNPAS (DGS, 2020).

Em relação às ações que concretizaram as intervenções para promover a adesão ao regime de exercício e dietético, foram utilizadas técnicas como o a elaboração do genograma da família de origem de forma interativa. Os pais da Sr^a.C. também eram portadores de obesidade. Esta técnica levou a Sr^a.C a consciencializar-se do histórico familiar e permitiu-lhe identificar uma série de fatores, genéticos, sociais, ambientais ou relacionados aos hábitos familiares, bem como aqueles com etiologia desconhecida, tendo sido bastante útil na perceção da doença e na volição para a mudança de estilos de vida e diminuição do peso.

Durante a intervenção, foi também utilizada uma questão milagre, direcionada para o futuro desejado, e as perguntas de escala, para o presente real com o intuito de promover adesão ao regime dietético e ao regime de exercício físico.

Iniciei a consulta com uma “Questão Milagre”: imagine que um dia, por um milagre, acordava e esse problema simplesmente não existia. Como se sentia? O que experimentava? O que mudava? através da qual a Sr^a.C descreveu uma tarde em que ia às compras e comprava a roupa que sempre desejou, mostrando-se muito satisfeita e motivada. Desta forma, redirecionou-se a atenção da Sr^a.C (De Shazer,1985, como citado em Zatloukal al., 2019), por forma a ajudá-la a construir uma visão da vida no futuro, sem o problema identificado, contribuindo para o aumento da motivação quanto à possibilidade de mudança (Morejón & Beyebach,1997).

Relativamente à alimentação, afirmou que não ingere a quantidade necessária de água (1,5l/dia) e de acordo com a sua própria avaliação, não mantém regularidade nos horários das refeições, tendo tendência a exagerar nas quantidades. As refeições incluem pequeno-almoço (8H), almoço (13H) e jantar (20H), sem lanches ao meio da manhã e da tarde. Nem sempre almoça e quando almoça durante a semana não come sopa, muitas vezes o seu almoço é uma peça de fruta, o jantar faz uma alimentação “normal” pois tem o ritual de jantar com o marido e adora comer chocolate” ...como chocolate diariamente”. No que concerne ao comportamento de adesão, na primeira consulta após a avaliação, notou-se a falta de adesão, especialmente pela não conformidade com as recomendações do regime terapêutico, tanto na gestão do regime dietético quanto no exercício: necessidade de aumentar a ingestão de água, exagero nas quantidades de chocolate, ausência do lanche da manhã e da tarde, e não regularidade na ingestão da sopa. Foi muito importante abordar o tema da alimentação saudável e a sua relevância e identificar de maneira sistemática os benefícios de uma intervenção para modificar de hábitos alimentares (DGS, 2020).

Nesta fase inicial, o objetivo foi questionar a Srª C sobre o seu comportamento atual e aumentar a sua autoconsciência em relação aos riscos e consequências associados, “Srª C sabia que alimentação saudável tem importantes benefícios para a saúde, em particular para prevenir as doenças crónicas mais comuns, atualmente, como a diabetes, a hipertensão arterial, as doenças oncológicas ou ajudar a controlar a doença. Já pensou nisso? Já pensou em modificar os seus estilos de vida?

Partindo da premissa que todo o comportamento pode ser encarado como uma comunicação e que a forma de eliminar um sintoma passa pela alteração das regras familiares, o ritual terapêutico teve como foco direcionar-se às características da comunicação e aos comportamentos que mantinham essas regras, tendo como finalidade última modificar a sequência de condutas disfuncionais, contribuindo para 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 envolve repetição, real ou imaginada e contemplam a sua preparação, vivencia e integração na vida familiar (Fiese,2006). Destaca que a contribuição dos rituais familiares vai além do aspeto prático relacionado com a saúde e abrange um aspeto psicológico, pois facilitam a promoção de apoio emocional entre os membros da família, gerando mais coesão entre eles e partilham, como herança familiar, um sentido de pertença ao grupo, assim como valores e crenças de transmissão intergeracional (Fiese, 2006).

Como intuito de realizar as intervenções: Planejar rituais familiares e encorajar a participação em atividades conjuntas, tentou-se inicialmente compreender, através de questões, quais eram as preferências individuais da Sr.^a C em relação às atividades, que tipo de rituais já praticava e quais a que desejava retomar, além de entender o significado dessas práticas, as rotinas e rituais que tinha no momento e quais gostariam de adotar e porquê. A Sr.^a C identificou como rituais a ida ao ginásio, a visita diária à mãe e a ida à escola para ir buscar o sobrinho. Definiram-se um conjunto de ações, a repetição, a ordem, a preparação para as ações, horário, o ritmo de repetição e a sequência, sendo que criou-se um ambiente terapêutico para que isso acontecesse e apenas interveio na identificação dos detalhes que era necessário definir. Por fim, e citando uma frase da Sr.^a C durante a atividade diagnóstica” ... preciso de caminhar para poder acompanhar as corridas com o meu sobrinho, faz-me bem, quando brinco com ele, sinto-me mais ativa e não penso em nada, ficando mais relaxada”. O ritual da caminhada com o sobrinho, ajudou à apreensão de padrões de organização e disciplina, como um horário para realização da caminhada. Também favoreceu a transmissão de hábitos de exercício à geração seguinte (sobrinho). Na terceira consulta foi utilizada a técnica que foi a metáfora “Quanto mais profundas forem as raízes, maiores vão ser os frutos”, além da saúde, as caminhadas em conjunto têm mais benefícios, são uma excelente oportunidade para conviver com o sobrinho. É uma excelente oportunidade para planejar novas caminhadas, promovendo assim a prática de exercício físico na família. Partindo do princípio de que compreendemos melhor o nosso mundo interior ao estabelecer paralelismos com fenómenos mais tangíveis (Törneke, 2017; Speed et al., 2019). O uso da metáfora permitiu à Sr.^a C analisar a relação entre comportamentos e consequências problemáticas; contemplar os seus próprios pensamentos, emoções e sensações físicas, estabelecer uma distância observacional e utilizá-la para esclarecer o que é importante nas suas vidas e quais são os passos práticos nessa direção (Törneke, 2017). Uma avaliação periódica da prática de exercício físico pode auxiliar na identificação de progressos ou de possíveis obstáculos e situações que possam levar à interrupção (DGS, 2018). A Sr.^a C experimentou realizar um registo de atividades físicas, optando por um registo elaborado pelo próprio.

Na 4.^a Consulta foram avaliados os ganhos em saúde da Sr.^a C e se atingiu as metas estabelecidas. Foi muito importante elogiar e proporcionar um reforço positivo e definir novas metas, avaliando sempre a motivação para a mudança explorando barreiras e agentes facilitadores para a sua concretização. Abordar o tema da alimentação saudável e a sua relevância e identificar de maneira sistemática os benefícios de uma intervenção para modificar hábitos alimentares teve uma elevada importância (DGS, 2020). Foram avaliados os ganhos em

saúde com a entrevista motivacional, direcionando-se para a consciencialização do malefício do padrão de comportamento que tem e da necessidade de mudança. A intervenção foi muito a nível dos conhecimentos dos fatores de risco e complicações da obesidade por forma a impactar a Sr.^a C e motivar a decisão para mudança. Incidir sobre uma alimentação inadequada e falta de exercício físico é considerado como um método não farmacológico, com o intuito de promover mudanças no estilo de vida, com foco no controlo do peso, altura, IMC, perímetro abdominal. A Sr.^a C alterou especialmente a forma como constitui o prato, a redução de alimentos alimentares calóricos, comer sopa e fruta á hora de almoço e incorporação de atividades físicas como voltar a caminhar, ida á escola, a casa da mãe e às compras. Estas mudanças não apenas resultaram numa adesão ao regime dietético e exercício como identificou benefícios “vou a pé e assim não perco o lugar de estacionamento na minha rua “, benefício este que ajudou na motivação para caminhar. Isso se traduziu numa demonstração efetiva de adesão ao regime dietético e de exercício demonstrado. Foi questionada sobre como se sentia em relação á consulta anterior (questão reflexiva) o qual respondeu “...sinto-me muito melhor, vinha sempre de carro e hoje vim a pé á consulta.”. Quando questionada sobre se estava a conseguir manter uma alimentação mais equilibrada, “Tem conseguido fazer uma alimentação mais equilibrada?” respondeu que “sim “, e quando questionada “consegue ver essa mudança a manter-se daqui a um ano?” (projeção futuro/questão reflexiva) expressou que “estou motivada e acha que consigo”. Aproveitou-se o momento para reforçar positivamente, mencionando que “quanto maior for a motivação, mais consistente é a mudança e mais rapidamente consegue resultados” (conotação positiva). Na última consulta, foi avaliado o conhecimento e a adesão ao regime alimentar, os quais tinham melhorado, e foram realizadas perguntas como: “Como tem distribuído as refeições ao longo do dia?” e a Sr.^a C respondeu “tenho realizado lanches a meio da manhã e meio da tarde “, “como sopa antes do prato principal em todas as refeições “,” só como chocolate uma vez por semana e ás vezes nem uma vez “, “bebo um chá e duas bolachas antes de deitar “e “reparto o prato como me orientou”.

No que diz respeito ao exercício “tem evitado a utilização do carro? Quantas vezes por semana?” mencionou que “tenho consigo diariamente evitado o carro, optando por caminhar”. A avaliação é destacada como a base para o acompanhamento individual e monitorização da evolução, permitindo uma intervenção mais personalizada de acordo com o tempo e recursos disponíveis (DGS,2018). Elogiou-se a Sr.^a C pelos dados obtidos. Destes dados e após consulta, poderemos advir que existiu envolvimento para a mudança de comportamento, observou-se uma melhoria na adesão ao regime de exercício e dietético, continuando a apresentar fatores de risco para desenvolver doenças associadas à obesidade. Deve continuar o envolvimento no

sentido de mudar comportamentos no estilo de vida, como dieta equilibrada, aumento da atividade física e possivelmente apoio psicológico se necessário. Os ganhos em saúde com estas ferramentas com a Sr.^a C dizem respeito a consciencialização dos malefícios do padrão de comportamento que necessita de mudança. A intervenção foi muito a nível da adesão sobre os fatores de risco e complicações de obesidade por forma a motivar a Sr.^a C para a decisão de mudança. O elogio e reforço positivo relembram a sua resiliência e capacidade de determinação e mudança. Em todas as consultas foi muito importante o elogio e reforço positivo que relembram a sua resiliência e capacidade de mudança no passado e determinação.

Apesar de ainda não se traduzir na mudança do diagnóstico Obesidade, houve também ganhos em saúde neste âmbito, uma vez que se verificou uma perda de peso de 2Kg da Sr.^a C, entre a primeira (06/10/2023) e a última (04/01/2024) consultas realizadas.

ANEXO III – Cronograma de Atividades

Cronograma de atividades					
	Atividades	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Avaliação das necessidades formativas	Elaboração de um instrumento de colheita de dados (questionário); Elaboração duma Checklist para análise da documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional no programa “Saúde da Família” do SCLínico a 16 processos clínicos; Aplicação do instrumento de colheita de dados (questionário) Análise à documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional no programa “Saúde da Família” do SCLínico a 16 processos clínicos (análise diagnóstica pré-informação); Análise dos dados /resultados	01-31	01-30	1-4	
Planeamento das ações	Realização do plano de sessão da formação; Elaboração da folha de registo de presenças; Elaboração do cronograma de atividades”; Elaboração de PowerPoint de apresentação; Elaboração de um questionário de avaliação da formação.	4-11	12-14	15-19 20-31	1-11
Desenvolvimento das ações	Exposição da apresentação; Acompanhamento de alguns enfermeiros da equipa na documentação do Programa “Saúde da Família” e nas dimensões do MDAIF existentes no SCLínico.				22-01 23-26
Avaliação dos dados /resultados	Aplicação do instrumento de avaliação dos conhecimentos adquiridos após uma semana (questionário);				26-01

ANEXO IV – Checklist para análise da documentação dos cuidados no âmbito das Dimensões Estrutural, Desenvolvimento e Funcional no programa “Saúde da Família” do SCLínico

Checklist para análise da documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional no programa “Saúde da Família” do SCLínico					
Local: USF	Análise:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16				
Data:01 a 30 novembro 2024	Item de Avaliação	Preenchimento			Observações
		S	N	NA	
Separador SCLínico	Avaliação Inicial				
Utilização dos Serviços de Saúde	a) Utilização Serviços de Saúde	X			
	b) Observações				
Dimensão Estrutural	a) Rendimento Familiar		X		
	b) Edifício Residencial		X		
	c)Precaução de Segurança		X		
	d)Abastecimento de Água		X		
	e) Ambiente Biológico		X		
	e) Observações				
Dimensão Desenvolvimento	a) Satisfação Conjugal		X		
	b) Planeamento Familiar	X			Só o uso de contraceptivo
	c)Adaptação á Gravidez	x			
	d)Papel Parental	X			
	f) Observações				
Dimensão Funcional	a) Papel Prestador de cuidados	X			
	b) Processo Familiar		X		
Escala Graffar	a) Profissão		X		
	b) Instrução		X		
	c) Fonte principal de Rendimento		X		
	d) Tipo de Habitação		X		
	e) Local de Residência		X		
Ciclo Vital	a) Fase do Ciclo Vital Segundo Duvall		X		
Tipo de Família	a) Tipo de Família		X		
Risco Familiar Garcia-Gonzalez	a) Pontuação		X		
Risco Familiar Segovia Dreyer	a) Pontuação		X		

ANEXO V – Indicadores de Processo

Indicadores de processo		Meta	Resultados
% de enfermeiras da USF que preencheu o questionário para a avaliação de necessidades formativas	Número de enfermeiras da USF que preencheu o questionário para a avaliação de necessidades formativas/ N° total de enfermeiras x 100	100%	100%
% de processos analisados antes da realização da formação	Número de processos analisados antes da realização da formação/N° total de processos estabelecido pela formadora (16 processos, 2 por cada enfermeira)	100%	100%
% enfermeiras da USF presentes na sessão de formação	Número Enfermeiras da USF presentes na sessão de formação/N° total de enfermeiras x 100	100%	100%
% de enfermeiras da USF participaram em momentos de supervisão clínica	Número de enfermeiras da USF participaram em momentos de supervisão clínica / N° total de enfermeiras 100	100%	100%
% enfermeiras da USF que preencheu a avaliação da formação/formadora	Número de enfermeiras da USF que preencheu a avaliação da formação/ formadora/N° total de enfermeiras que participaram na formação x 100	100%	100%
% de enfermeiras da USF que preencheu o questionário pós-formação (4 dias após)	Número de enfermeiras da USF que preencheu o questionário pós-formação (4 dias após) N° total de enfermeiras x 100	100%	100%
% de processos analisados após a realização da formação	Número de processos analisados antes da realização da formação/ N° total de processos estabelecidos pela formadora (16 processos, 2 por cada enfermeira)	100%	100%

ANEXO VI – Indicadores de Resultado

Indicadores de resultado		Metas	Resultado
% de processos analisados pós formação (avaliação diagnóstica ou diagnósticos ou intervenção) dos cuidados no programa “Saúde da Família	Número de processos analisados pós formação com documentação (avaliação diagnóstica ou diagnósticos ou intervenções) dos cuidados no programa de “Saúde da Família” do SClínico feita corretamente/Nº total de processos estabelecido pela formadora (16 processos, 2 por cada enfermeira)	100%	100%
% de enfermeiras da USF que percebe ter competência* na documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” do SClínico	Número de enfermeiras da USF que percebe ter competência* na documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” do SClínico/Nº total de elementos da equipa de enfermagem x100	100%	100%
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, desenvolvimento e funcional	Média de respostas nas questões da percepção de competência na documentação nas diferentes fases do processo de enfermagem nas áreas de atenção	100%	100%
% de enfermeiras da USF que demonstra competência* na documentação dos cuidados na dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional do programa “Saúde da Família” do SClínico	Número enfermeiras da USF que documenta os cuidados na dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional do programa “Saúde da Família” do SClínico no último momento da avaliação/Nº total de enfermeiros x100	100%	100%
% de enfermeiras da USF que demonstra conhecimentos* na documentação dos cuidados na dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional do programa “Saúde da Família” do SClínico	Número de enfermeiras da USF que demonstra conhecimentos na documentação dos cuidados na dimensão estrutural do programa “Saúde da Família” do SClínico/ Nº total de elementos da equipa de enfermagem x100	100%	100%
Demonstra conhecimentos e competências se: >=75% de registos no Programa de Saúde da Família do SClínico pós-formação	Demonstra conhecimentos e competências se: >=75% de registos no programa “Saúde da Família” do SClínico pós-formação	100%	100%

ANEXO VII – Planeamento do Processo Formativo

O que	Objetivos	Estratégias	Quando
Diagnóstico de competências	Identificar necessidades formativas na documentação no programa “Saúde da Família” no SClínico; Identificar as necessidades formativas relativas às dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional existentes no programa “Saúde familiar” do SClínico; Avaliar a perceção de competências na documentação dos cuidados no âmbito das dimensões do MDAIF existentes no SClínico; Avaliar a documentação dos cuidados no âmbito do programa “Saúde da Família” do SClínico.	Elaboração de um instrumento de colheita de dados questionário; Aplicação do instrumento de colheita de dados-questionário Auditoria à documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural no programa “Saúde da Família” do SClínico a 16 processos clínicos (auditoria diagnóstica pré- informação); Análise do dados /resultados.	01.10.2023 a 30.11.2023
Planeamento das ações	Planear as atividades formativas	Realização do plano de sessão da formação; Elaboração da folha de registo de presenças; Elaboração do cronograma de atividades”; Elaboração de PowerPoint de apresentação; Elaboração de um questionário de avaliação da formação.	03.12.2023 a 21.01.2024
Ações	Dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos e competências para documentação da avaliação e intervenção no âmbito do programa “Saúde da Família” e nas dimensões do MDAIF existentes no SClínico	Exposição da apresentação; Acompanhamento de alguns enfermeiros da equipa na documentação do programa “Saúde da Família” e nas dimensões do MDAIF existentes no SClínico.	22.01.2024 a 26.01.2024
Avaliação dos dados /resultados	Conhecer a apreciação global das enfermeiras sobre os conteúdos formativos, o desempenho dos formadores, a organização da ação e sugestões de melhoria; identificar as competências adquiridas pela equipa da documentação dos cuidados, no âmbito do programa “Saúde da Família” e nas dimensões do MDAIF existentes no SClínico; avaliar os conhecimentos sobre a documentação dos cuidados no âmbito das dimensões do MDAIF e no programa “Saúde da Família” do SClínico”	Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação da ação de formação; Aplicação do instrumento de avaliação dos conhecimentos adquiridos após uma semana (questionário).	06/01/2024 a 26/01/2024

ANEXO VIII – Plano da Sessão Formativa

Plano de sessão Formativa		
Documentação dos Cuidados no programa de “Saúde da Família”		
Data :22/01/2024	Horário:13-14 horas	Local: USF
População Alvo:	Equipa de Enfermagem da USF	
Formadora	Susana Neves	
Objetivos Gerais	Colaborar para a melhoria de habilidades da equipa de enfermagem e utilização de ferramentas na documentação dos cuidados prestados ao individuo /família no programa “Saúde da Família”.	
Objetivos Específicos	Como documentar os cuidados prestados ao individuo /família no programa “Saúde da Família”; conhecer o conceito de Sistemas de Informação em Enfermagem (Resumo Mínimo de dados); reconhecer a Família como Unidade de Cuidados; conhecer os objetivos da Documentação da informação; Como realizar registos de Enfermagem no Programa de Saúde Familiar; reconhecer o conceito de Saúde Familiar; reconhecer o conceito de Família; Registrar no Processo Clínico; Conhecer a Matriz Operativa do MDAIF; conhecer o Modelo Dinâmico de Avaliação Familiar (MDAIF); Conhecer as áreas de atenção da dimensão Estrutural, Desenvolvimento e Funcional do MDAIF; Familiarizar-se com a forma correta de preencher a Escala de Graffar; Compreender a avaliação diagnóstica, formulação de diagnósticos e identificação de intervenções relacionadas com os focos da dimensão Estrutural, desenvolvimento e funcional; conhecer ferramentas de avaliação familiar, como o Genograma e o Ecomapa.	

	Conteúdos	Metodologia	Meios técnicos /Estratégias	Formadora	Avaliação	Duração
Introdução	Apresentação formador/formandos; Apresentação do tema; Apresentação dos objetivos Definição de conceitos; Família como cliente e alvo de cuidados; Matriz operativa com realce nas suas dimensões (Estrutural, Desenvolvimento e Funcional); Paralelismo entre o MDAIF e o SClinico. Como documentar os cuidados prestados ao individuo /família no programa “Saúde da Família”; conhecer o conceito de Sistemas de Informação em Enfermagem (Resumo Mínimo de dados); reconhecer a Família como Unidade de Cuidados; conhecer os objetivos da Documentação da informação; como realizar registos de Enfermagem no Programa de Saúde familiar; reconhecer o conceito de Saúde familiar; reconhecer o conceito de família; registar no Processo Clínico; Síntese de conteúdos Esclarecimento de dúvidas; Avaliação das aprendizagens; Encerramento da sessão Aplicação de questionáriode avaliação da formação	Expositivo/ Participativo	Computador; Projetor multimédia; Power-Point;	Enfermeira Susana Neves	Aplicação questionário para identificação de necessidades formativas assim como auditorias à documentação dos cuidados de enfermagem, previamente à sessão;	5 min.
Desenvolvimento					Diálogo com as Enfermeiras da USF; Aplicação de questionário (o mesmo prévio á sessão) 4 dias após a formação;	30 min.
Conclusão			Questionário		Acompanhamento dos membros da equipa que apresentaram dificuldades na utilização do programa “Saúde da Família”	25 min

ANEXO IX – Questionário de levantamento de necessidades de formação

Questionário de Levantamento de Necessidades de Formação

O presente Questionário tem como finalidade realizar o levantamento de necessidades formativas referente á utilização do programa “Saúde da Família” no SClinico.

Foi elaborado pela Enfermeira Susana Neves aluna em Estágio Módulo II, integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto sob orientação da Professora Doutora Maria de Fátima Araújo, coorientação da Professora Mestre Ana Vilar e a Enfermeira Orientadora Cooperante e a decorrer nesta Unidade de Saúde Familiar.

O Questionário é constituído por três partes:

PARTE I - Dados sociodemográficos e profissionais;

PARTE II - Necessidades formativas na utilização do programa “Saúde da Família”;

PARTE III - Necessidades formativas sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Solicito a sua colaboração para o preenchimento deste Questionário.

Responda de forma breve e sucinta às perguntas abertas e nas questões com duas ou mais opções de resposta coloque uma cruz na resposta que melhor traduz a sua opção.

É garantida a confidencialidade e o anonimato das suas respostas, sendo que os dados recolhidos se destinam exclusivamente para poder adequar os conteúdos da formação às necessidades da Equipa de Enfermagem.

Agradeço desde já a sua participação!

Susana Neves

(Aluna a frequentar o 2ºCurso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar do ESEP)

Pedido de consentimento informado;

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário.

☐ Sim

☐ Não

Se Sim, avance para a Parte I do Questionário.

PARTE I

Dados sociodemográficos e profissionais

1. Idade _____ anos
2. Sexo
 - ☐ Masculino
 - ☐ Feminino
3. Habilitações académicas (assinale o grau mais elevado que possui)
 - ☐ Licenciatura
 - ☐ Mestrado (Se sim, especifique)

 - ☐ Doutoramento (Se sim, especifique)

4. Formação profissional contínua
 - ☐ Pós-Licenciatura (especifique)

 - ☐ Pós-graduação (especifique)

 - ☐ Outros (especifique)

5. Tempo de serviço na atividade de Enfermagem (em anos)

6. Tempo de experiência profissional em USF/UCSP (em anos)

7. Tempo de serviço nesta USF (anos)

PARTE II

Necessidades formativas na utilização do programa “Saúde da Família”

8. O SClínico integra um programa designado “Saúde da Família” que visa a documentação dos cuidados de Enfermagem á família. Conhece este Programa?

☐ Sim

☐ Não

- a. Se respondeu sim á pergunta anterior, costuma utilizar o referido programa para documentar os cuidados á família?

☐ Sim

☐ Não

- b. Se Sim, iniciou a documentação no programa “Saúde da Família” após alguma formação específica?

☐ Sim

☐ Não

- c. Se respondeu sim á pergunta anterior, em que contexto realizou essa formação?

☐ No Curso de Licenciatura em Enfermagem

☐ Unidades curriculares isoladas

☐ Eventos científicos (congressos, jornadas, ...)

☐ Outros

9. Costuma sentir dificuldades na utilização do programa “Saúde da Família”?

☐ Sim

☐ Não

- a. Se Sim, refira qual/ais as dificuldades que sente na utilização do programa “Saúde da Família”

10. Considera pertinente formação em serviço sobre a utilização do programa de “Saúde da Família”?

☐ Sim

☐ Não

- a. Se Sim, refira (por ordem decrescente)3 aspetos a serem abordados nessa formação, que respondam às suas maiores dificuldades na utilização do programa “Saúde da Família”

PARTE III

Necessidades Formativas sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

11. O (MDAIF) está integrado no programa designado “Saúde da Família”. Conhece este Modelo?

☐ Sim

☐ Não

Se respondeu Não à pergunta anterior terminou o Questionário.

Agradeço uma vez mais a sua Colaboração!

- a. Se respondeu sim à pergunta anterior, em que contexto conheceu este Modelo?

☐ No Curso de Licenciatura em Enfermagem

☐ Unidades curriculares isolada

☐ Eventos científicos (congressos, jornadas, ...)

☐ Formação em serviço

☐ Outros

12. Perceciona alguma(s) dificuldade(s) específica (s) na Dimensão Estrutural do MDAIF?

☐ Sim

☐ Não

a. Se respondeu sim à pergunta anterior, qual(ais) as dificuldades percecionadas?

13. Perceciona alguma(s) dificuldade(s) específica (s) na Dimensão Desenvolvimento do MDAIF?

☐ Sim

☐ Não

a. Se respondeu sim à pergunta anterior, qual(ais) as dificuldades percecionadas?

14. Perceciona alguma(s) dificuldade(s) específica (s) na Dimensão Funcional do MDAIF?

☐ Sim

☐ Não

a. Se respondeu sim à pergunta anterior, qual(ais) as dificuldades percecionadas?

15. Considera pertinente formação em serviço sobre alguma Dimensão específica do MDAIF?

☐ Sim

☐ Não

a. Se Sim, qual a Dimensão que sugere?

Agradeço uma vez mais a sua colaboração!

Susana Neves

ANEXO X – Questionário de avaliação da formação



Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar
Susana Neves
2024

Tema: Documentação dos Cuidados no programa de “Saúde da Família”
Data: 22/01/2024
Horário: 13 Horas
Tempo: 60 minutos
Local: USF-Sala de reuniões
Formadora: Susana Neves

Questionário de avaliação da formação

A sua opinião sobre a ação de formação que acabou de assistir é muito importante. Por favor, preencha o questionário que se segue, assinalando com uma cruz (x) na célula correspondente à resposta que pretende dar.

1. Competência técnica e pedagógica dos formadores

Formador	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Meios técnicos pedagógicos				
Capacidade de Comunicação e clareza				
Nível geral de conhecimentos transmitidos				
Qualidade da documentação (conteúdo, interesse e apresentação)				

2. Conteúdo programático

Conteúdo programático	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Tratado com profundidade adequada				
Com interesse para o seu desempenho				
Interesse pessoal				
Adequado para futura replicação				

2.1 Qual a matéria que mais o interessou?

2.2 Qual a matéria que menos o interessou?

2.3 Que outro tema gostaria de ter visto abordado?

3. Aspetos organizativos e logísticos

Aspetos organizativos e logísticos	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Receção e apoio				
Qualidade das instalações				
Equipamentos				
Suportes pedagógicos				
Horário				

4. Motivação/ participação dos(as) formandos(as)

Motivação/ participação dos(as) formandos(as)	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
A qualidade das intervenções dos participantes				
Nível de envolvimento dos participantes				
A qualidade das trocas de informação e de experiências profissionais				

5. Apreciação global

Apreciação global	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Duração da ação				
As suas expectativas foram satisfeitas				
Em termos globais como classificaria esta ação de formação				

6. Que sugestões daria para melhorar a ação de formação?

Obrigada pela sua colaboração!