

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**FAMÍLIAS COM PESSOA IDOSA DEPENDENTE - AVALIAÇÃO E
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR -
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Relatório de estágio

Michele de Fátima Pinto

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

FAMÍLIAS COM PESSOA IDOSA DEPENDENTE - AVALIAÇÃO
E INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE FAMILIAR - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

FAMILIES WITH A DEPENDENT ELDERLY PERSON -
EVALUATION AND INTERVENTION BY THE SPECIALIST
NURSE IN COMMUNITY NURSING IN THE FAMILY HEALTH
NURSING AREA - SPECIALIZED CLINICAL SKILLS
DEVELOPMENT PROJECT IN THE AREA OF FAMILY
HEALTH NURSING

Orientadora: Professora Doutora Teresa Martins
Coorientador: Professora Doutora Maria Rui Sousa

Autora: Michele de Fátima Pinto

“Conhecimento sem transformação não é sabedoria”

Paulo Coelho

AGRADECIMENTOS

Na etapa final deste percurso formativo não poderia deixar de expressar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho.

Às orientadora e co-orientadora, Professora Doutora Teresa Martins e Professora Doutora Maria Rui Sousa, o meu maior agradecimento por toda a disponibilidade e orientação prestada, pelo apoio incondicional e compreensão que sempre manifestaram.

Ao Enfermeiro Professor Doutor António Festa pela disponibilidade, apoio, orientação e partilha de conhecimento.

A toda a equipa da USF pela receptividade e colaboração em todo o processo formativo.

Um especial agradecimento à minha colega Carla Alves pela genuína parceria neste processo de aprendizagem, pelo apoio e o incentivo que fizeram toda a diferença nos momentos mais desafiantes.

Ao meu avô pela inspiração de vida e de superação e pelo incentivo, desde sempre, ao meu percurso académico.

Ao meu filho Rui pelo carinho e a compreensão que sempre me demonstrou.

Ao meu companheiro pelo apoio, paciência e amor, sobretudo nesta reta final.

CHAVE DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

USF - Unidade Saúde Familiar

EEECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem Saúde Familiar

BICSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

IFNA - Internacional Family Nursing Association

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

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ERA - Equipa Regional de Apoio

MF - Médico de Família

ESF - Enfermeiro de Saúde Familiar

SC - Secretário Clínico

DGS - Direção Geral de Saúde

Nº - Número

AVD - Atividades de Vida Diárias

VD - Visita domiciliária

OE - Ordem do Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

PC - Prestador de cuidados

PTJ – Prótese Total do Joelho

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

RESUMO

O presente relatório reporta o percurso acadêmico que esteve na base do desenvolvimento de competências de Enfermagem Especializada em Saúde Comunitária e Saúde Familiar. A sua elaboração contribuiu para uma reflexão crítica sobre o percurso realizado no Estágio de natureza profissional, desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) na região Norte, no período de entre novembro de 2022 e junho de 2023.

O envelhecimento populacional, verificado a uma escala global, faz-se geralmente acompanhar de uma maior incidência de comorbilidades e de dependência no autocuidado. Os desafios familiares com um familiar idoso dependente podem impactar nas dinâmicas familiares e na gestão da saúde familiar.

Privilegiado por uma relação de proximidade que abarca todo o ciclo vital da família, o Enfermeiro de saúde familiar, tendo a família como unidade de cuidados, é o profissional capaz de liderar os processos de intervenção necessários ao reequilíbrio da saúde familiar, intervindo, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, podendo assim, constituir um elemento facilitador para processos de transição saudável. Assim, atendendo a um contexto de uma população inscrita de 26,4% de idosos na USF onde decorreu o estágio, o objetivo primordial foi o cuidado das famílias com pessoas idosas dependentes, visando intervir sistemicamente na reestruturação das suas dinâmicas para promover ganhos em saúde.

A sensibilização da equipa de enfermagem para aprimorar a avaliação e intervenção familiar nas famílias com idosos dependentes, traduzida na melhoria da documentação de cuidados no âmbito da saúde familiar, fez também parte deste trabalho.

Em consonância com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros, os objetivos estabelecidos foram: desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista no cuidado de famílias com pessoa idosa dependente; desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da saúde familiar, no cuidado de famílias com pessoas idosas dependentes.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), fundamentado no Modelo de Calgary (Wright & Leahey, 2012), foi adotado como referencial teórico-operativo para conduzir as ações implementadas junto às famílias.

Esta intervenção envolveu três famílias, destacando-se os diagnósticos “Papel do prestador de cuidados não adequado” e “Processo Familiar Disfuncional”. Os resultados evidenciaram evolução nos diagnósticos, traduzindo ganhos em saúde para as famílias, sensíveis à intervenção realizada. Concomitantemente, teve lugar uma ação de formação à equipa de enfermagem, resultando numa melhoria do processo de documentação dos cuidados prestados pela equipa no âmbito da “Saúde Familiar” às famílias com pessoas idosas dependentes.

Palavras-chave: Família; Pessoa idosa; Dependência; Enfermagem de Saúde familiar

ABSTRACT

This report presents the academic journey that underpinned the development of specialized nursing skills in Community Health and Family Health. Its preparation contributed to a critical reflection on the path taken during the professional internship, carried out in a Family Health Unit (FHU) in the Northern region, between November 2022 and June 2023.

The global phenomenon of population aging is often accompanied by a higher incidence of comorbidities and dependency in self-care. Family challenges with an elderly dependent member can impact family dynamics and family health management.

Endowed with a close relationship that spans the entire family life cycle, the family health nurse, considering the family as the unit of care, is the professional capable of leading the necessary intervention processes to rebalance family health, effectively intervening in the promotion and recovery of family well-being in complex situations, thus potentially facilitating healthy transition processes. Therefore, given a context of 26.4% of elderly individuals enrolled in the FHU where the internship took place, the primary objective was the care of families with dependent elderly individuals, aiming to intervene systemically in restructuring their dynamics to promote health gains.

Sensitizing the nursing team to enhance family assessment and intervention in families with dependent elderly individuals, reflected in the improvement of care documentation within the scope of family health, was also part of this work.

In line with the guidelines of the Nursing Board, the established objectives were: to develop common skills of the specialist nurse in caring for families with dependent elderly individuals; to develop specific skills of the specialist nurse in community nursing in the area of family health in caring for families with dependent elderly individuals.

The Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (DMFAI), based on the Calgary Model (Wright & Leahey, 2012), was adopted as the theoretical-operational framework to conduct the implemented actions with families.

This interventions involved three families, highlighting the diagnoses of "Inadequate Caregiver Role" and "Dysfunctional Family Process". The results showed progress in the diagnoses, translating into health gains for the families responsive to the intervention performed. Simultaneously, a training session was conducted for the nursing team, resulting in an improvement in the documentation process of the care provided by the team within the scope of "Family Health" to families with dependent elderly individuals.

Keywords: Family; Elderly individual; Dependency; Family Health Nursing

ÍNDICE

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA.....	25
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	34
3.1.1 Avaliação e Intervenção da Família A.....	38
3.1.2. Avaliação e Intervenção da Família B.....	47
3.1.3 Avaliação e Intervenção da Família C.....	56
3.1.4. Descrição crítica dos resultados.....	66
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	71
3.2.1. Descrição crítica dos resultados.....	75
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	78
CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	99
ANEXO 1	100
ANEXO 2	151
ANEXO 3	154
ANEXO 4	158
ANEXO 5	Erro! Marcador não definido.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Resumo da caracterização das famílias

QUADRO 2: Resumo de dados de avaliação das famílias da amostra

QUADRO 3: Taxa de avaliação das dimensões estrutural e funcional nas famílias do estudo

QUADRO 4: Taxa de prevalência da dimensão estrutural e funcional em todas as famílias do estudo

QUADRO 5: Indicadores de resultado

QUADRO 6: Resumo de dados extraídos do S-Clínico (1º momento de avaliação)

QUADRO 7: Resumo de dados extraídos do S-clínico (2º momento de avaliação)

- **LISTA FIGURAS**

FIGURA 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF onde decorreu o estágio, disponível no aplicativo BICSP

FIGURA 2: Genograma da Família A

FIGURA 3: Genograma da Família B

FIGURA 4: Genograma da Família C

INTRODUÇÃO

A redação deste relatório, subjugado ao tema "Famílias com pessoa idosa dependente - avaliação e intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar", decorre no âmbito da consecução da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional - Módulo I e II e tem o propósito de descrever sucinta e sistematizadamente as atividades realizadas em ambiente de trabalho clínico, traduzindo a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Os dois módulos de estágio realizaram-se numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região Norte e decorreram no período compreendido entre 21 de novembro e 23 de junho, com um total de 45 ECTS, sob a orientação de um Enfermeiro Tutor detentor do grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Enfermagem de Saúde Familiar

Tendo por base as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e perspetivando centralidade do processo de cuidar na família, enquanto unidade de cuidados, este projeto tem como finalidade capacitar as famílias com pessoa idosa dependente, identificando as suas necessidades em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, intervindo de forma sistémica na reestruturação das suas dinâmicas, apoiando-as na identificação das suas forças e recursos de modo a alcançar ganhos em saúde. Pretendeu-se também sensibilizar a equipa de enfermagem da USF para a melhoria da avaliação e intervenção familiar nas famílias com pessoa idosa dependente, com especial ênfase na otimização da documentação dos cuidados prestados no âmbito da Saúde Familiar.

A concretização dos cuidados às famílias teve como base o referencial teórico Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), pautando avaliação e intervenção familiar. Esta matriz operativa permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, integrando os diagnósticos e intervenções, orientadores da conceção de cuidados, centrados na família. A sistematização dos cuidados, possibilita mensurar e identificar os ganhos em saúde para as famílias nos seus domínios sensíveis aos cuidados de enfermagem. O MDAIF, baseado no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família, é reconhecido

internacionalmente como um referencial para as práticas de enfermagem familiar, nomeadamente pela International Family Nursing Association (IFNA) (Wright & Leahey, 2012).

O tema “famílias com pessoa idosa dependente” emergiu da caracterização do contexto no qual se desenvolve o estágio, na medida em que a USF em questão atende a uma população inscrita de 13.750 utentes, dos quais 26,4% correspondem a idosos com 65 anos ou mais (SNS³, 2023). Estes números destacam uma preocupante tendência de envelhecimento e expectável aumento de dependência, posicionando esta área como uma prioridade para a unidade de saúde. Em consonância com esta realidade, a equipa da USF delineou e implementou, em 2022, um projeto de melhoria contínua da qualidade denominado "A visitação domiciliária de enfermagem ao idoso", com o objetivo de promover cuidados de proximidade através de visitas domiciliárias aos idosos.

O aumento da longevidade na sociedade tem um impacto direto nos domínios da saúde e da prestação de cuidados, na medida em que o avançar da idade aumenta a propensão para doenças, para o declínio das funções cognitivas e consequentemente um maior índice de dependência (Sequeira, 2020).

A dependência pode entender-se como “a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros” (Sequeira, 2020, p.4).

A família constitui o principal suporte, mesmo em situação de dependência, desempenhando um papel central no cuidado a longo prazo (Sequeira, 2020). Neste sentido, o cuidador principal é frequentemente um elemento da família que, em muitos casos, se responsabiliza de forma solitária pela globalidade dos cuidados.

Neste contexto, é comum emergir no seio familiar sentimentos como medo, desamparo, preocupação, vulnerabilidade e insegurança. Estes sentimentos podem ser atenuados através de uma prática de enfermagem centrada na relação de ajuda, que visa promover o bem-estar familiar e responder às necessidades e emoções dos seus membros (Sequeira, 2016).

Atendendo a esta conjuntura, o enfermeiro de saúde familiar, beneficiando de uma relação de proximidade, tem o potencial de promover mudanças nas famílias, uma vez que possui as competências para cuidar da família enquanto uma unidade de cuidados, fornecendo cuidados

específicos adaptados às diferentes etapas do ciclo de vida familiar e aos diversos níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

No que diz respeito às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), espera-se que o enfermeiro de saúde familiar cuide da família como um todo e dos seus membros individualmente, promovendo a sua capacitação ao longo do ciclo de vida e durante as suas transições. Além disso, deve ser capaz de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários para prestar cuidados a estas famílias, colaborando, quando necessário, com outras equipas de saúde e participando nos processos de intervenção no contexto da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

Subjacente a esta temática definiu-se os seguintes objetivos: Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no cuidar das famílias com pessoa idosa dependente; e Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar no cuidar das famílias com pessoa idosa dependente.

Este relatório encontra-se estruturado pelos seguintes capítulos: no primeiro é explanado o contexto clínico onde foi realizado o estágio; o segundo contem o enquadramento teórico que esteve por base no planeamento das atividades desenvolvidas; o terceiro descreve o desenvolvimento das competências durante a componente clínica; o quarto reflete o contributo do percurso formativo para a aquisição de competências profissionais e desenvolvimento pessoa e o quinto reporta-se à conclusão do documento com as respetivas considerações finais.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Este capítulo ambiciona explicar o contexto da prática clínica especializada, que influenciou o percurso de aprendizagem. Inicialmente, são descritas as características da Unidade de Saúde Familiar (USF) e dos utentes inscritos, seguido pela caracterização das famílias acompanhadas pelo enfermeiro tutor deste estágio.

O Estágio Supervisionado desempenha um papel fundamental na formação do profissional de enfermagem, oferecendo oportunidades significativas para a reflexão sobre a prática e a atuação junto dos utentes e nas instituições onde o estágio é realizado. Por meio dessa experiência prática, o estudante pode entender como agir diante de situações que não foram abordadas na teoria, desenvolver um olhar crítico e, com base no conhecimento adquirido, elaborar estratégias de intervenção (Pascoal & Souza, 2021).

1.1. Descrição do contexto da prática

As unidades curriculares Módulo I e Módulo II do Estágio profissional do MECESF foram desenvolvidas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região norte de Portugal, no período temporal de 22 de novembro de 2022 e 23 de junho de 2023, sob supervisão de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Saúde Familiar, com um total de 510 horas.

As USF (Unidades de Saúde Familiar) são organizadas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) segundo 2 modelos, A e B. Entre os dois, a USF modelo B corresponde ao modelo de nível mais elevado de desenvolvimento.

A Unidade de Saúde Familiar onde foi realizado o estágio é uma USF modelo B, tem uma área de influência urbana e a sua equipa é constituída por oito enfermeiros, oito médicos e seis secretários clínicos.

A USF está organizada em dois pisos, um no rés-do-chão e outro no piso inferior, ligados por escadas e por um elevador. A USF tem um parque de estacionamento gratuito para os seus funcionários, tendo também condições de acessibilidade para utentes com necessidades especiais - estacionamento para pessoas com deficiência e elevador. Existe também uma área comum à USF e a outras unidades do edifício, que dispõe de uma sala de convívio/refeições, uma sala de reuniões, 2 casas de banho e cacifos, uma sala com o servidor do sistema informático, o armazém de material clínico e administrativo e salas de arrumos.

A USF tem como missão “A prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” e como visão “Ser uma USF de excelência, capaz de otimizar os recursos disponíveis, garantindo em toda a região serviços com padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação” (SNS¹, 2022).

A estrutura orgânica da USF é constituída pelo Conselho Geral, pelo Coordenador e pelo Conselho Técnico.

Para além da estrutura interna geral referida, esta USF tem um modelo de organização multidisciplinar, estruturado em 8 equipas compostas por um Médico de Família (MF), um Enfermeiro de Saúde Familiar (ESF) e um Secretário Clínico (SC). A cada uma destas equipas multidisciplinares está atribuída uma lista de utentes/famílias. A prestação de cuidados a estes utentes compreende a vigilância, promoção da saúde e prevenção e tratamento da doença nas diversas fases de vida, os cuidados no domicílio e a interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação.

A população inscrita nesta unidade é de 13750 utentes exibindo uma pirâmide etária regressiva, uma vez que a percentagem de indivíduos com menos de 15 anos é inferior à do grupo com mais de 50 anos (Figura 1) (SNS³, 2022).

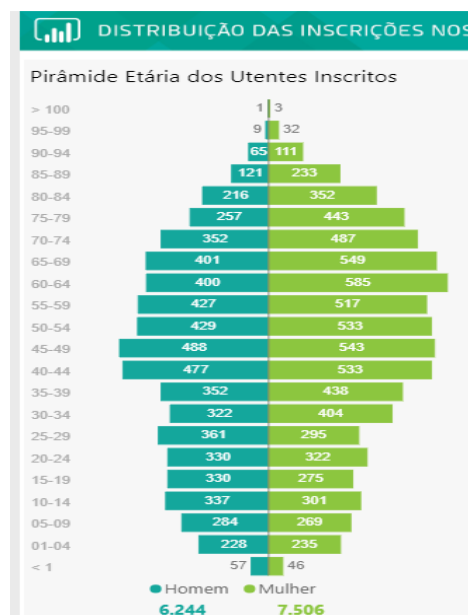


Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF onde decorreu o estágio, (Fonte: BICSP ,dezembro 2022)

A USF possui um sistema de marcação de consultas, com horário estipulado para o atendimento programado, não programado e consulta não presencial.

As Consultas Programadas são dedicadas aos diferentes grupos que constituem a lista de utentes: Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde de Adultos e do Idoso, Vigilância e rastreio oncológico, Programa de vigilância de doenças crónicas (Hipertensão e Diabetes). As consultas de vigilância dos respetivos programas de saúde são realizadas ao nível da consulta de enfermagem e da consulta médica.

As consultas não programadas destinam-se a situações sem marcação prévia, de doença aguda não urgente/emergente, denominadas por Consulta Aberta, sendo realizadas preferencialmente pelo Médico de Família/Enfermeiro de Saúde Familiar.

A visita domiciliária refere-se a consultas efetuadas no domicílio do utente em situação de dependência ou cujo estado de saúde comprovadamente não aconselha a deslocação à USF, podendo destinar-se ao atendimento de situações agudas, crónicas ou de prevenção e vigilância, por parte da equipa médica ou de enfermagem. A deslocação da equipa de enfermagem, no âmbito da visita domiciliária, é realizada por transporte assegurado pelo ACeS ao qual pertence a USF. Sempre que um utente inscrito na USF, necessite de visita domiciliária, mas seja residente fora desta área geográfica de influência, a sua situação é encaminhada pela respetiva equipa de saúde, para a unidade de saúde mais próxima da residência, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, sejam eles médicos ou de enfermagem.

1.2. Caracterização da lista de famílias do enfermeiro tutor

No âmbito da descrição deste contexto clínico, foi realizada uma avaliação breve de uma amostra acidental de 60 famílias, partindo do total de 797 famílias que constituem a lista de utentes do enfermeiro tutor. A colheita de dados foi levada a cabo no período compreendido entre 22 de Novembro e 9 de Dezembro, no decorrer do Modulo I do estágio profissional. Esta análise teve como finalidade caracterizar esta amostra tendo em conta as 3 dimensões do MDAIF - estrutural, desenvolvimento e funcional, mais concretamente no que concerne a:

- Tipo de família;
- Subsistema familiar;
- Classe social (Segundo escala de Graffar)
- Etapa do ciclo vital;

- Pessoas na família com doença crónica;
- Pessoas idosas na família;
- Pessoas na família com dependência.

Os resultados obtidos da caracterização destas 60 famílias encontram-se resumidos no Quadro 1.

Quadro 1 - Resumo da caracterização das famílias

Caracterização das famílias	Total (N)	Total (%)
Tipo de Família		
Família Unipessoal	17	28,3%
Família Nuclear	25	41,7%
Família Monoparental	5	8,3%
Família Alargada	9	15%
Família Reconstruída	2	3,3%
Família "Outra"	2	3,3%
Subsistema Familiar		
Subsistema Conjugal	33	55%
Subsistema Parental	31	52%
Subsistema Fraternal	14	23,3%
Classificação da classe social (segundo escala de Graffar)		
Famílias Classe Alta	1	1,7%
Famílias Classe Média Alta	7	11,7%
Famílias Classe Média	26	43,3 %
Famílias Classe Média Baixa	19	31,7%
Famílias Classe Baixa	7	11,7%
Etapas do Ciclo Vital (segundo Relvas)		
Família com filhos pequenos	0	0%
Família com filhos em idade escolar	3	15%
Família com filhos adolescentes	1	5%
Família com filhos adultos	16	80%
Características da família		
Famílias com elementos com doença crónica	36	60%
Famílias com pelo menos um elemento Idoso	45	75%
Famílias com pelo menos um elemento dependente	18	30%

Na amostra verifica-se a predominância de famílias do tipo nuclear. No que respeita à etapa do ciclo vital, "Famílias com filhos adultos" representava uma maioria absoluta. Grande parte das

famílias da amostra pertenciam à classe média (43,3%) e uma percentagem substancial (31,7%) pertencia à classe média/baixa. Este dado reveste-se de importância, uma vez que a carência de recursos económicos pode resultar em obstáculos ao acesso aos serviços de saúde. Conforme destacado pela Direção-Geral de Saúde (DGS), a condição de pobreza e a ocupação em empregos mal remunerados figuram entre os determinantes sociais, económicos e de saúde, conforme delineado no Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Na caracterização da amostra, sublinhando uma perspetiva do envelhecimento populacional, 75% das famílias tinham pelo menos um elemento com idade igual ou superior a 65 anos, mais de metade tinham um ou mais elementos com doença crónica e cerca de quase 1/3 da amostra tinha pelo menos um elemento com dependência., corroborando assim a pertinência da temática escolhida para este trabalho.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), na última atualização de 23 de novembro de 2022, a freguesia onde está inserida a USF onde decorreu o estágio, conta com 25,48% da sua população residente com idade igual ou superior a 65 anos. Um valor superior à percentagem de idosos da população de Portugal Continental (23,69%) (INE, 2022).

O incremento da esperança média de vida, fruto da evolução científica e social das últimas décadas, tem sido acompanhado de uma maior prevalência de doenças crónicas, uma combinação que tem contribuído para uma maior proporção de pessoas em situação de dependência. Nestes casos, a família tem sido o provedor mais frequente de cuidados, devido à proximidade efetiva (Karsch, 2003).

Cada fase do ciclo vital tem os seus desafios singulares que determinam as forças e vulnerabilidades das famílias e dos seus membros individualmente. As famílias com idosos contemplam desafios específicos que resultam do declínio funcional típico do envelhecimento, dos problemas de saúde próprios da velhice, das alterações dos papéis sociais após a reforma, das mudanças nas relações transgeracionais e das mudanças nas configurações e funcionalidade familiar (Piercy, 2010).

A dependência no idoso e a consequente necessidade de cuidados exigem frequentemente uma reestruturação da família e uma redefinição de papéis e podem, também, requerer alterações na rotina e na dinâmica familiar (Karsch, 2003).

Para as famílias, cuidar do familiar idoso envolve a continuidade da relação vivida no passado, muitas vezes, implicando relações complexas ou conflituosas entre os seus membros (Alarcon et.al, 2022). Esta premissa sublinha a relevância da conceptualização da família como foco dos cuidados.

Na enfermagem, onde a família é foco dos cuidados, o enfermeiro beneficia da aplicação de um modelo conceptual que proporciona a síntese de dados, permitindo a identificação de pontos fortes da família e das vulnerabilidades, e a consequente planificação de cuidados (Wright & Leahey, 2012). Neste contexto, surge o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar que integra, além dos construtos teóricos da disciplina de enfermagem, a teoria geral dos sistemas, a teoria da comunicação, da mudança, a cibernética e a biologia da cognição. Trata-se de uma estrutura que compreende três dimensões principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

O MDAIF, modelo com reconhecimento internacional, como referencial das práticas de enfermagem de família, nomeadamente pela Internacional Family Nursing Association (IFNA), sustenta-se no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e fundamenta-se no Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (Figueiredo, 2012)

De facto, diversos estudos demonstram a mais-valia da utilização do MDAIF no contexto de cuidados de saúde primários, com comprovados ganhos em saúde para as famílias, a partir da sua utilização na prática de enfermagem (Ferreira, 2017; Oliveira et al., 2017; Silva, 2013).

Assim, poder-se-á considerar que o MDAIF tem uma importante relevância no processo de avaliação e intervenção familiar, consolidando o seu papel nos contextos clínicos onde as famílias são alvo dos cuidados de enfermagem.

No âmbito do cuidar da pessoa com dependência, é mais frequente, na pesquisa científica, encontrarmos trabalhos centrados exclusivamente no papel do cuidador. No entanto, a consciência social sobre o papel da família e a sua abordagem em todo o processo é essencial, começando a surgir cada vez um maior número de publicações científicas centradas nesta perspetiva.

Nos Estados Unidos, em 2014, 13 fundações privadas uniram-se para formar o Comitê de Cuidados Familiares para Idosos, com o propósito de trazer conhecimento e evidência sobre o cuidado aos idosos e o seu impacto na sociedade, servindo como orientação para políticas que atendam às necessidades familiares neste contexto. Este comité considera mais correto o termo “Família cuidadora”, pois reflete melhor a multiplicidade do cuidar da pessoa com dependência e do seu impacto na família como um todo e nos seus membros em particular. Este comité afirma que a ênfase atual no cuidado centrado na pessoa precisa evoluir para um foco no cuidado centrado na pessoa e na família (Schulz, et. al, 2016).

De facto, em famílias com idosos dependentes são observadas taxas mais elevadas de disfunção familiar do que em famílias sem idosos dependentes, sugerindo que a incapacidade dos idosos é um fator de stress familiar (Torres, Reis, Reis, & Fernandes, 2009; Torres, Reis, Reis, Fernandes & Xavier, 2010).

A adequada avaliação familiar, no âmbito das famílias com familiar idoso dependente, permite a intervenção mais ajustada às necessidades da família e dos seus membros e consequentemente uma mais eficiente mobilização de recursos. Os indicadores de resultado,

que traduzam ganhos em saúde, ajudam a fundamentar políticas de saúde que valorizem o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde familiar.

No sentido de fomentar a saúde familiar, é essencial que o enfermeiro de saúde familiar se constitua um suporte promotor da valorização e inclusão da promoção de saúde nos estilos de vida familiares (Hanson, 2005).

O enfermeiro de saúde familiar, pela sua posição privilegiada de proximidade e conhecimento, constitui-se o pivô facilitador do empoderamento familiar, ao longo do ciclo vital da família, antecipando e preparando para as transições normativas e apoiando e orientando nas situações críticas.

Simultaneamente como parceiro e protagonista, o enfermeiro de saúde familiar assume-se como promotor de conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia (Araújo, 2014).

Quando os enfermeiros proporcionam cuidados fundamentados no conceito da família como unidade de cuidados, eles são capazes de aceder a um nível mais holístico de informações que lhes permite melhor avaliar e compreender o impacto da família no indivíduo e deste último na sua família, assim como fazer uma previsão das influências de saúde ao longo da vida (Ellis, Anderson, & Spencer, 2015).

No entanto, frequentemente a família ainda é vista pelos enfermeiros de modo segmentado, continuando os cuidados de enfermagem orientados ao indivíduo e não à família como cliente (Elsen, et al, 2002; Hanson, 2005). Esta alteração de paradigma permite a integração de uma perspectiva mais alargada acerca dos desafios vivenciados pelas famílias com familiar idoso dependente, quer como um todo quer atendendo aos seus membros individualmente.

Decorrente da integração de pessoas com dependência e atendendo que maioritariamente o papel de cuidador recai, de forma mais significativa, sobre um elemento da família, a sobrecarga do cuidador torna-se uma preocupação relevante para os enfermeiros de saúde familiar. Esta sobrecarga tende a expressar-se nas dimensões física, emocional, social e financeira. O constante desafio de equilibrar as responsabilidades do cuidado com as suas próprias necessidades pode levar a um aumento do stress, exaustão e até mesmo à deterioração da sua própria saúde. A pressão financeira adicional devido aos custos associados aos cuidados e tratamentos médicos pode agravar ainda mais esta sobrecarga. É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam e abordem a sobrecarga do cuidador e da família de forma

adequada, oferecendo-lhes o apoio necessário para garantir o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados aos seus entes queridos idosos.

A compreensão do processo de transição inerente à integração de um familiar dependente atenta no facto de o prestador de cuidados experimentar uma transição na adoção de um novo papel e/ou o seu reajuste, enquanto o familiar com dependência experimenta uma transição saúde-doença. Paralelamente à transição para o desempenho do papel está a reconstrução e reorganização de papéis já existentes (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd & Dibble, 2000).

O cuidador enfrenta exigências inerentes ao ato de cuidar, o que frequentemente implica um esforço significativo nos domínios mental, psicológico, físico e económico. A prestação eficaz e eficiente de cuidados a uma pessoa dependente requer uma reorganização efetiva entre o cuidador, a família e a própria pessoa cuidada. Essa reorganização visa identificar e implementar alternativas que promovam o desenvolvimento de habilidades e o aproveitamento dos recursos disponíveis (Sequeira, 2020).

As repercussões negativas associadas à responsabilidade de cuidar de alguém dependente incluem o potencial desenvolvimento de sobrecarga devido à exposição prolongada ao stress. Essa sobrecarga pode ser objetiva, relacionada com atividades e eventos mensuráveis, como sobrecarga física, situação económica e vida social, ou subjetiva, envolvendo atitudes e reações emocionais perante a experiência de cuidar (Sequeira, 2020). Associado à sobrecarga estão uma série de problemas que afetam os cuidadores, como défice de lazer, limitação de tempo livre, conflitos familiares, ansiedade e diminuição da autoestima (Crespo-López & Lopez-Martínez, 2007; França, 2010; Hoffmann & Rodrigues, 2010; Marques, 2007).

A interpretação que os cuidadores fazem dessa transição e os significados atribuídos às atividades de cuidado são cruciais para a reorganização de suas vidas e desenvolvimento do papel. Esse "processo de fazer sentido" envolve expectativas, explicações relacionadas com valores e princípios, e estratégias (Ayres, 2000). A preparação do cuidador em termos de conhecimentos e capacidades para cuidar está diretamente ligada à conscientização sobre os problemas, as dúvidas e as necessidades ao longo do processo de transição e constitui um fator facilitador na redução do stress associado (Meleis et al., 2000).

Os recursos fornecidos pela comunidade, o apoio familiar, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde e a previsibilidade da manutenção desses recursos ao longo do

tempo são também fatores protetores importantes contra a sobrecarga do cuidador (Meleis, 2010).

Schulz & Eden (2016) enfatizam a relevância da relação afetiva entre os cuidadores e os familiares dependentes como um impulsionador da motivação para aprender e fornecer cuidados adequados. Neste contexto, é imperativo que os enfermeiros promovam uma atmosfera de confiança e reconhecimento entre a pessoa dependente e o cuidador, fomentando uma comunicação assertiva, caracterizada pela clareza, expressão emocional aberta e resolução colaborativa de problemas (Couto, Caldas, & Castro, 2018). É crucial que o cuidador se sinta integrado num ambiente familiar coeso, onde todos os membros colaboram e partilham responsabilidades relacionadas com os cuidados e tarefas domésticas (Freire *et al.* 2021). Por conseguinte, o enfermeiro deve incentivar o cuidador a envolver toda a família no processo de transição e intervir na família como unidade de cuidados. O reconhecimento e valorização do papel desempenhado pelo cuidador, paralelamente à reorganização dos papéis familiares são essenciais para a mestria no desempenho do papel (Freire *et al.* 2021). Neste sentido, um processo de transição bem-sucedido significa que os cuidadores estão habilitados, no domínio dos conhecimentos, capacidades e recursos, para providenciar os melhores cuidados e também têm perceção de autoeficácia, isto é, sentem-se competentes, na prestação desses cuidados (Meleis *et al.*, 2000).

.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Neste capítulo, será explanada uma descrição e análise das atividades desenvolvidas no âmbito da Unidade Curricular - Estágio de natureza profissional Módulos I e II. Paralelamente, proceder-se-á a uma reflexão crítica sobre a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar: Cuidar da família como unidade de cuidados e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018)

A UC Estágio I decorreu no período compreendido entre 21 de novembro de 2022 e 2 de fevereiro de 2023 num total de 170 horas e a UC Estágio II decorreu entre 6 de fevereiro e 23 de junho de 2023 num total de 340 horas, ambas sob tutoria de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Problemática e objetivos:

Este estudo baseia-se na premissa de que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar (EEESF) desempenha um papel crucial como provedor de cuidados de saúde de proximidade, na medida em que constitui um importante recurso para a capacitação das famílias, no sentido de otimizar as suas respostas aos desafios inerentes à integração de um elemento idoso com dependência no autocuidado.

No trabalho desenvolvido pretende-se analisar reflexivamente o contributo do EEESF na avaliação e intervenção na família, junto de famílias com pessoas dependentes em contexto domiciliário, recorrendo ao referencial teórico e operativo MDAIF, e avaliar o respetivo impacto dos cuidados de Enfermagem. Almeja-se ainda contribuir para o incremento das atividades de avaliação e intervenção familiar nas práticas clínicas diárias da equipa de enfermagem da USF, traduzido na melhoria da documentação de cuidados no âmbito da saúde familiar.

Subsequentemente, definiu-se os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no cuidar das famílias com pessoa idosa dependente;
- Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar no cuidar das famílias com pessoa idosa dependente;

A abrangência destes objetivos gerais conduziu ao desdobramento nos seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar as famílias com pessoa idosa dependente, identificando as suas necessidades, utilizando como referencial teórico o MDAIF;
2. Formular diagnósticos considerando as necessidades identificadas;
3. Elaborar com a família um plano de cuidados delineando intervenções de enfermagem direcionadas às famílias com pessoa idosa dependente;
4. Implementar as intervenções de enfermagem às famílias com pessoa idosa dependente de acordo com necessidades identificadas na avaliação familiar;
5. Promover a melhoria contínua da qualidade no que se refere ao processo de documentação dos cuidados no âmbito da enfermagem de saúde familiar;
6. Monitorizar os ganhos em saúde, sensíveis à intervenção especializada.

Para responder aos objetivos específicos definidos, foram desenvolvidas das seguintes atividades que os concretizam:

Objetivo 1 (atividades desenvolvidas para a sua concretização):

- Identificação das famílias com pessoa idosa dependente que compõem a amostra, com recurso ao aplicativo informático SClinico e ao conhecimento do enfermeiro tutor;
- Auscultação às famílias através de contacto telefónico pelo enfermeiro tutor para obter o consentimento da família para a inclusão no projeto;
- Agendamento de consulta de enfermagem em contexto domiciliário às famílias, através de contacto telefónico;
- Visitação domiciliária para a realizar a avaliação familiar sistémica, utilizando a matriz operativa MDAIF.

Objetivo 2 (atividades desenvolvidas para a sua concretização):

- Recolha de dados e formulação de diagnósticos, alinhados com a matriz operativa MDAIF e respetiva documentação no aplicativo informático, atendendo à especificidade de cada família, tendo em conta a dimensão estrutural e funcional.

Objetivo 3 (atividades desenvolvidas para a sua concretização):

- Planeamento das intervenções de acordo com uma visão sistémica e centrada na família, considerando os diagnósticos formulados;

Objetivo 4 (atividades desenvolvidas para a sua concretização):

- Agendamento das consultas de enfermagem de seguimento às famílias, através de contacto telefónico;
- Realização de consultas de enfermagem às famílias, para realizar intervenção sistémica familiar e ou reavaliação, tendo em conta as prioridades definidas.

Objetivo 5 (atividades desenvolvidas para a sua concretização):

- Registo nos processos clínicos eletrónicos (Sclínico) das atividades desenvolvidas, passíveis de documentação;
- Ação de formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem com discussão de caso clínico.
- Avaliação da atividade formativa desenvolvida com a equipa da USF.

Objetivo 6 (atividades desenvolvidas para a sua concretização):

- Análise das modificações positivas dos estados dos diagnósticos de enfermagem no final da intervenção especializada.

População/Amostra

A população de referência deste trabalho foram as famílias com um idoso dependente, inscritas numa USF do Porto, sendo a amostra constituída pelas famílias inscritas na USF na lista de famílias do enfermeiro tutor. Deste modo, estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Famílias cuja pessoa com dependência tem 65 ou mais anos e é dependente nas atividades básicas da vida diária em grau moderado ou elevado (de acordo com escala de Barthel);
- Famílias a residir na área de abrangência da USF;
- Famílias cujo cuidador principal é um elemento da família que reside com a pessoa dependente.

Critérios de exclusão na amostra:

- Famílias unipessoais;
- A pessoa dependente estar institucionalizada.

Optou-se por excluir as famílias unipessoais, uma vez que estas dizem respeito a famílias compostas por uma única pessoa, que pode ser solteira, viúva, divorciada que por diversos motivos reside sozinha, pelo que não coabita com o seu cuidador. Foram igualmente excluídos os idosos dependentes institucionalizados uma vez que, nestes casos, os cuidadores não são um elemento da família do idoso.

Numa fase inicial, procedeu-se à análise de todos os utentes dependentes da lista de famílias do enfermeiro tutor classificados com o programa “Dependentes” no aplicativo informático (Sclínico). Constatou-se que existiam um total de 15 famílias com pessoa idosa dependente, residentes na área geográfica de abrangência da USF.

De referir que o aplicativo informático apresenta algumas limitações, uma vez que apenas permite a visualização de utentes identificados com programa de saúde “Dependentes”, não permitindo a visualização das famílias com pessoas com o programa de saúde “Dependentes”. Desta forma, para identificar as famílias que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão na amostra, foi fundamental recorrer ao conhecimento prévio do enfermeiro de saúde familiar sobre a sua lista de utentes/famílias.

Da amostra inicialmente obtida de 15 famílias com pessoa idosa dependente residentes na área de abrangência da USF, foram excluídas:

- 6 famílias unipessoais;

- 2 famílias em que a pessoa dependente estava institucionalizada;
- 1 família cujo pessoa idosa tinha uma dependência em grau reduzido de acordo com escala de Barthel (registada no Sclínico);
- 3 famílias cujo cuidador não era um familiar coabitante.

Assim, a amostra final obtida após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foi de 3 famílias.

Instrumentos de medida e recolha de dados

A avaliação familiar é uma atividade complexa, como indicado por Caniço, Bairrada, Rodríguez e Carvalho (2010). Conjugando objetivos práticos e o grau de proficiência, esta avaliação deve fundamentar-se numa estrutura conceptual clara, que promova a análise de várias dimensões e contextos familiares, permitindo a síntese de dados para identificar recursos, forças e necessidades, além de planear intervenções centradas na família como uma unidade de cuidados de enfermagem (Hanson & Kaakinen, 2005; Wright & Leahey, 2012; Henriques & Santos, 2019).

Por forma a recolher e organizar os dados das famílias com pessoa idosa dependente, utilizou-se como recurso a entrevista semiestruturada, realizada em contexto domiciliário, pautada pelos princípios da entrevista familiar sistémica.

A entrevista familiar sistémica é uma técnica de avaliação e intervenção que se concentra nas relações e padrões de comunicação dentro da família. Esta abordagem considera a família como um sistema interdependente, onde as ações de um membro afetam todos os outros, e vice-versa (Ferré-Grau et al., 2014). Os principais objetivos desta entrevista incluem a identificação de padrões de interação disfuncionais, a promoção de uma comunicação mais eficaz e a facilitação da resolução de conflitos familiares (Ferré-Grau et al., 2014).

Nesta entrevista, utilizou-se um formulário de recolha de dados das famílias (ANEXO 1) que se centrou na avaliação das áreas de atenção familiar no que se refere às dimensões estrutural e funcional da matriz operativa do MDAIF. Assim, na dimensão estrutural foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social, edifício residencial, sistema de abastecimento e ambiente biológico. No que concerne à dimensão funcional, as áreas de atenção avaliadas foram: o papel de prestador

de cuidados e o processo familiar (comunicação e *coping* familiar, interação dos papéis familiares, relação dinâmica e crenças).

A avaliação estrutural permite conhecer a composição familiar, os vínculos entre os seus membros e com outros subsistemas, assim como aspetos do contexto ambiental que possam influir na saúde familiar, garantindo assim uma informação geral sobre quem é a família e quais os seus recursos. Enquanto a avaliação funcional foca-se nos padrões de interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas, trazendo uma verdadeira compreensão da família enquanto sistema complexo e multidimensional (Figueiredo, 2012).

A ênfase nas dimensões estrutural e funcional, em detrimento da dimensão de desenvolvimento, parte da hipótese de estas terem maior expressão na conjuntura das famílias com pessoa idosa dependente, constituindo as áreas de maior necessidade de intervenção.

Na recolha e análise de informação familiar recorreu-se a alguns instrumentos de avaliação como: Escala de Graffar, Genograma, Ecomapa, Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, índice de Barthel (ANEXO 2) e a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (ANEXO 3), os quais ajudam os profissionais a proceder a juízos mais fundamentados sobre os problemas e a sua dimensão.

Os instrumentos de avaliação familiar visam contribuir para a melhor compreensão do sistema familiar, permitindo aprofundar o conhecimento das famílias e dos seus recursos, constituindo, alguns destes, simultaneamente ferramentas de intervenção familiar (Figueiredo, 2023).

Estes instrumentos podem fornecer insights e servir de catalisadores da eficiência das intervenções dos profissionais de saúde, junto das famílias (Sousa, Figueiredo & Erdmann, 2010).

Segue-se uma breve descrição dos instrumentos de avaliação familiar utilizados.

Escala de Graffar

Esta escala foi construída por Graffar em 1956 tendo sido adaptada para a população portuguesa por Fausto Amaro em 1990 e atualizada em 2001. Avalia as condições socioeconómicas da família, permitindo identificar a sua classe social e avaliar condições de risco, bem como alterações ao nível dos comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010).

Baseia-se num conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. Para cada critério o modelo

descreve cinco itens, e para cada item uma pontuação que varia de um a cinco pontos, sendo que o total de pontuação obtida define o escalão que a família ocupa na sociedade (classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25).

A avaliação da classe social reveste-se de importância uma vez que a mesma influencia, para além de outros aspetos, a forma como a família utiliza os recursos em saúde e sociais.

Genograma

O Genograma proporciona uma imagem gráfica do sistema familiar, permitindo um rápido conhecimento sobre a sua composição, a complexidade das suas relações e os principais acontecimentos biográficos (Figueiredo, 2023).

Um genograma, semelhante a uma árvore genealógica, mostra relações entre membros da família ao longo de várias gerações. Ele utiliza símbolos específicos, como círculos para mulheres e quadrados para homens, e linhas para representar relações e conexões, como casamentos, divórcios, e filiações. Além de mapear a estrutura familiar básica, o genograma pode incluir informações sobre a qualidade das relações, eventos significativos (como doenças, mortes ou mudanças importantes na vida), e padrões de comportamento ou características hereditárias (Figueiredo, 2023).

Ecomapa

No ecomapa projeta-se as relações dos membros da família com o contexto externo, ou seja, este instrumento permite identificar a interligação entre as pessoas da família com outros indivíduos e estruturas sociais (Figueiredo, 2012). Assim, este instrumento “evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação das pessoas e instituições de referência” (Figueiredo, 2023, p.350).

Um ecomapa é uma representação gráfica que ilustra as relações entre um indivíduo ou uma família e seu ambiente social, mostrando as conexões com diversos sistemas e grupos externos. No centro do ecomapa, o indivíduo ou família é representado por um círculo, com outros círculos ao redor representando entidades externas como amigos, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, e organizações comunitárias. Linhas conectam esses círculos, variando em espessura e estilo para indicar a força e o tipo de relação, como apoio, conflito, ou influência neutra (Crain, 2016). Os ecomapas são utilizados em terapia, serviço social, e educação para

avaliar as redes de apoio, identificar fontes de stress ou suporte, e ajudar a entender como fatores externos impactam o bem-estar do indivíduo ou da família

Escala de APGAR Familiar de Smilkstein

É um instrumento de medida que quantifica a percepção que o indivíduo tem da sua família ou das pessoas com quem habitualmente vive, possibilitando a reflexão sobre a satisfação de cada membro familiar (Moimaz, Fadell, Yaridl, & Dinizl, 2011).

O princípio fundamental deste instrumento reside no facto de os membros da família perceberem o seu funcionamento e manifestarem o seu grau de satisfação por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo APGAR: A - Adaptação (como os recursos são partilhados ou qual a satisfação dos membros da família com a assistência recebida); P - Participação (como as decisões são partilhadas e qual a satisfação de cada membro da família com a reciprocidade da comunicação); G - Crescimento (percepção de cada membro sobre a flexibilidade familiar para a mudança de papéis e concretização do crescimento individual); A – Afeto (como as experiências emocionais são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar); R – Resolução (satisfação de cada membro relativamente à partilha de tempo, espaço e recursos no ambiente familiar) (Figueiredo, 2023).

A aplicação desta escala permite identificar o grau de funcionalidade das famílias de acordo com a percepção dos seus membros, relacionando este dado com as necessidades identificadas.

Índice de Barthel

Este instrumento, que se encontra validado para a população portuguesa por Araújo et al. (2007), serve para avaliar o grau de autonomia das pessoas idosas de uma forma objetiva nos serviços de saúde, nomeadamente no contexto comunitário. Ele permite medir a capacidade funcional do indivíduo para a realização de 10 ABVD: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. Cada uma destas atividades pontua, e o resultado determina o grau de dependência da pessoa nas AVD (ligeiro, moderado, grave) (Sequeira, 2016).

Sendo esta escala focada nas atividades básicas da vida diária, não permite avaliar outras atividades de vida mais complexas como realizar compras, executar tarefas domésticas, entre outras, pelo que para um estudo mais aprofundado no âmbito da dependência poderá ser útil

recorrer a outro tipo de escalas mais completas no sentido de avaliar as necessidades dos indivíduos e famílias. Numa fase inicial, esta escala foi essencial para determinar a amostra deste trabalho, uma vez que a pontuação deste índice foi considerada para critério de inclusão. Além disto, a escala de Barthel é passível de ser documentada no processo clínico dos utentes, pois é a utilizada na intervenção “Avaliar o autocuidado”, no âmbito do aplicativo Sclínico.

Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit

A Escala de Zarit, também conhecida como *Zarit Caregiver Burden Scale*, é um instrumento utilizado para avaliar o nível de sobrecarga e stress_e vivenciado por cuidadores de pessoas dependentes. Consiste num questionário de 22 questões relacionadas com aspetos emocionais, físicos e sociais do cuidado. É utilizada para medir a perceção do cuidador sobre o impacto negativo de cuidar de uma pessoa dependente na sua vida diária. As respostas às perguntas são pontuadas e o resultado total obtido indica o nível de sobrecarga do cuidador, sendo que pontuações mais altas indicam maior sobrecarga.

A Escala de Zarit é amplamente utilizada nos cuidados de saúde para avaliar a sobrecarga do cuidador permitindo fornecer orientação para intervenção e suporte adequados.

A sua utilização neste trabalho, permitiu registar no aplicativo informático *Sclínico*, o grau de stress_e dos cuidadores, percebendo melhor as suas necessidades e o impacto do stress_e do papel de cuidador na família relacionando este com os diagnósticos de saúde familiar.

Considerações éticas

A recolha e tratamento de dados pautou-se pelas considerações morais e éticas, como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ainda a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009).

O estudo teve início com um contacto telefónico realizado pelo enfermeiro de saúde familiar solicitando a autorização das famílias selecionadas, informando dos propósitos e âmbito do trabalho, bem como a confidencialidade e anonimato do mesmo.

Todos os dados colhidos foram tratados com a maior confidencialidade e em conformidade com a Lei de Proteção de Dados (Lei n.º 58/2019, 2019). Assim, nenhum dado pessoal identificável será utilizado na apresentação dos casos clínicos.

Procedimento de análise de dados

As entrevistas familiares foram previamente agendadas por contacto telefónico e decorreram, maioritariamente, de modo presencial no contexto de uma visita domiciliária, sendo apenas uma delas realizada por contacto telefónico, por preferência da família em questão.

Após a avaliação familiar inicial, procedeu-se à formulação de diagnósticos considerando as necessidades das famílias e foram elaborados planos de cuidados, em conjunto com a família, com intervenções individualizadas para cada família e para cada um dos seus membros. Seguiu-se a avaliação dos resultados da intervenção. Os procedimentos de análise dos dados de toda a atividade desenvolvida durante este estágio incluíram:

- Percentagem de famílias em que foram avaliadas as dimensões estrutural e funcional (ANEXO 4);
- Taxa de prevalência de diagnósticos alterados nas dimensões estrutural e funcional em todas as famílias do estudo (ANEXO 4);
- N.º de famílias com registo no âmbito do programa saúde da família no último ano após a ação formativa;
- N.º de enfermeiros presentes na ação de formação em serviço;
- Indicadores de resultado /ganhos em saúde (ANEXO 4)

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Tornou-se imperativo realizar uma avaliação holística das famílias com pessoa idosa dependente no autocuidado, prestando cuidados de enfermagem que se fundamentaram na participação ativa dos elementos familiares para superação dos problemas e desafios, considerando atentamente as suas necessidades, dificuldades e expectativas, numa perspetiva colaborativa.

A realização de consultas de enfermagem no âmbito domiciliário proporcionou uma oportunidade para uma observação mais detalhada do funcionamento e das dinâmicas familiares. Esta proximidade foi fundamental para alicerçar a relação terapêutica em confiança, respeito e empatia, facilitando assim a adesão às intervenções.

Após a identificação e seleção das famílias deste estudo, procedeu-se ao contacto telefónico através do enfermeiro tutor. O objetivo deste contacto foi fornecer orientações sobre o

agendamento da visita domiciliária, explicar os objetivos da mesma e solicitar a participação da família, assegurando a disponibilidade dos seus membros para serem entrevistados.

Após o consentimento da participação, no primeiro contacto com as famílias, depois da apresentação do enfermeiro estagiário, procedeu-se à clarificação dos objetivos, garantindo total confidencialidade na elaboração do trabalho académico. Seguiu-se a recolha de dados, apoiada na observação direta e indireta, na matriz operativa do MDAIF e em instrumentos de avaliação familiar já descritos, que permitiram identificar o contexto sistémico das famílias e as necessidades de intervenção. Esta primeira visita foi um processo demorado (aproximadamente 1 hora e 30 minutos), sendo importante a presença do maior número possível de membros da família, tendo em consideração a disponibilidade dos mesmos, com o intuito de enriquecer a abordagem.

Todas as consultas de enfermagem foram conduzidas através da entrevista familiar sistémica. Esta revelou-se um recurso fundamental para promover os cuidados de enfermagem a estas famílias, facilitando o processo terapêutico ao explorar as forças e o potencial da família na identificação dos seus problemas e na busca das suas soluções. Conforme referido por Figueiredo (2012), a intervenção familiar promove a capacitação dos membros da família na busca de soluções para os problemas. Desta forma, o enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel de observador participante e facilitador na co-construção dessas soluções, visando promover a mudança com base no bem-estar do sistema familiar e dos seus elementos (Figueiredo, 2012; Relvas, 2006).

O facto da maioria dos profissionais estarem mais familiarizados com o trabalho com a pessoa individualmente, torna a entrevista familiar mais desafiante na sua complexidade e abrangência. Neste sentido, alguns pontos são fundamentais, como salientar a importância do contributo de cada elemento, ajustar a agenda às necessidades e expectativas da família, fomentar a expressão da perspectiva de todos os elementos, analisar os consensos e discordâncias, bem como os recursos familiares e negociar e envolver todos no plano de intervenção (Sequeira & Carvalho, 2016).

A entrevista sistémica marca a diferença por considerar a família como unidade de diagnóstico e intervenção. Conduzir a entrevista familiar sistémica permitiu desenvolver com as famílias a compreensão, a aceitação, a confiança e o comprometimento mútuo. Neste tipo de entrevista, “o enfermeiro não conduz a família, mas acompanha-a no seu percurso, facilitando o desenvolvimento pessoal de alguns dos seus membros e auxiliando no processo de adaptação

ao vivenciar uma situação” desafiante que desequilibra o seu núcleo familiar (Figueiredo, 2023, p.403).

A entrevista familiar sistémica rege-se pelos princípios de hipotetização, circularidade e neutralidade que se inter-relacionam para potencializar as forças da família, ambicionando a sua autonomia e desenvolvimento.

A hipotetização consiste na formulação de uma hipótese como ponto de partida para o planeamento da entrevista. Esta hipótese baseia-se em informação prévia da família, que pode ser obtida através dos registos clínicos ou fornecida individualmente por um dos elementos da família, por exemplo, e dará o mote para os domínios da avaliação (Figueiredo, 2023). Foi este princípio que norteou a escolha das dimensões estrutural e funcional, do MDAIF, para a avaliação e intervenção familiar neste trabalho.

No que concerne à circularidade, pode definir-se como a capacidade de orientar a entrevista atendendo à retroação da família em resposta ao que lhe é solicitado pelo profissional de saúde e considerando que os acontecimentos derivam da relação que se estabelece entre os elementos familiares e entre estes e o exterior. Ou seja, “a circularidade é a capacidade que o profissional tem, no contexto da entrevista, de fazer circular a informação entre todos os membros da família”, atendendo à influência de cada um destes no padrão familiar (Figueiredo, 2023, p.411). Trata-se de uma forma de metacomunicar, transpondo os limites do conteúdo da própria informação para beber da multiplicidade de perspetivas e experiências do sistema familiar (Figueiredo, 2023).

É fundamental salientar que o enfermeiro não deve expressar juízos de valor ou opiniões pessoais acerca da família ou dos comportamentos dos seus membros durante a entrevista, em conformidade com mais um dos princípios da abordagem da entrevista familiar sistémica, nomeadamente, o princípio da neutralidade. É expectável que o profissional estabeleça uma aliança com cada elemento e com todos em simultâneo e que cada um perceba esta aliança como estabelecida de forma equitativa com todos os familiares (Figueiredo, 2023; Relvas, 2006).

Com o intuito de orientar as fases do processo de enfermagem e de alinhar com as características autorreguladoras do sistema familiar, pautou-se todas as entrevistas familiares pelos princípios expostos, estabelecendo processos terapêuticos significativos. Ao longo das etapas do processo de enfermagem, foi possível a documentação das informações obtidas, a

formulação de diagnósticos e a elaboração de planos de cuidados específicos para cada uma das famílias.

Foram realizadas várias visitas domiciliárias (VD) com as famílias, agendadas de acordo com a disponibilidade dos seus elementos, tendo em vista a intervenção familiar sistémica considerando as prioridades definidas em cada família. As intervenções de enfermagem incluíram educar para a saúde, instruir, negociar, promover atitudes e comportamentos, orientar para serviços de apoio formais e disponibilizar informação. A duração das VD foi variável e ajustada aos conteúdos e necessidades de intervenção identificadas em cada família, sendo que no total foram realizadas oito VD e uma consulta telefónica.

Para melhor compreensão dos dados de avaliação e intervenção das famílias e por forma a garantir o anonimato, optou-se por designar as mesmas por: Família A, Família B e Família C.

No que concerne aos dados de avaliação que caracterizam, de forma genérica, cada uma das famílias, estes encontram-se explanados no quadro 2.

Quadro 2 - Resumo de dados de avaliação das famílias da amostra:

Família	Composição da família	Tipo de família	Classe social (Escala Graffar)	Identificação do cuidador	Grau de dependência (escala Barthel)	Sistemas mais amplos	Escala de APGAR Familiar de Smilkstein	Grau de Sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit)
A	Seis elementos (Casal + 2 Filhos + Nora + Neta)	Reconstruída e Alargada	Classe média/baixa	Esposa	Dependência moderada	Serviços de saúde + família alargada + emprego + escola	Família altamente funcional	Sobrecarga Moderada
B	Dois elementos (Casal)	Nuclear	Classe média/alta	Esposa	Dependência moderada	Empregada. doméstica + serviços de saúde + Centro Social + família alargada + Vizinha	Família com moderada disfunção	Sobrecarga intensa

C	Sete elementos (Casal + 2 filhos + Genro + 2 Netos)	Alargada	Classe média/alta	Filha	Dependência moderada	Serviços de saúde + família alargada + emprego + escola + centro terapêutico	Família com moderada disfunção	Sobrecarga intensa
---	---	----------	-------------------	-------	----------------------	--	--------------------------------	--------------------

A prestação de cuidados às famílias será delineada com base nas dimensões estrutural e funcional do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Para cada dimensão, serão apresentados detalhadamente os dados obtidos na avaliação, as atividades diagnósticas realizadas e os diagnósticos de enfermagem subsequentes. Também serão descritas as intervenções implementadas e a avaliação dos resultados dessas intervenções.

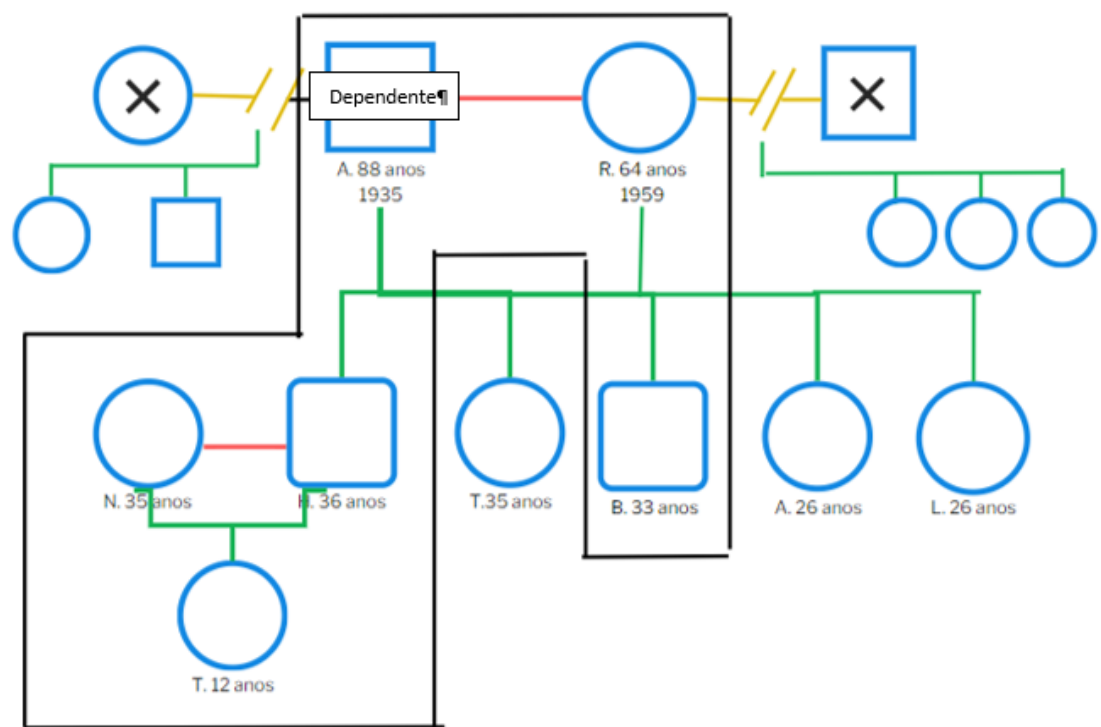
3.1.1 Avaliação e Intervenção da Família A

Foram efetuadas três consultas em contexto domiciliário, com a família A. Em todas estiveram presentes o senhor A e a senhora R, e na segunda consulta foi também possível estabelecer contato telefónico com filho mais velho (H.). Para a colheita de dados, foram utilizadas predominantemente questões lineares com o objetivo de obter dados específicos que orientassem na identificação dos problemas (Figueiredo, 2023).

Dimensão Estrutural

Nesta dimensão, procedeu-se à caracterização da família, recorrendo ao genograma, identificou-se o tipo de família, o tipo de contacto e frequência, e caracterizou-se ainda a relação com os sistemas mais amplos, através da descrição do ecomapa. Abordou-se também a classe social, o edifício residencial, o sistema de abastecimento de água e o ambiente biológico.

No que concerne à família A, conforme ilustrado na Figura 2, esta é constituída por um casal, em que o marido tem 88 anos e a esposa tem 64 anos, unidos em segundas núpcias há 40 anos. Ambos têm filhos dos anteriores casamentos, com os quais mantêm uma relação cordial sem conflitos, mas distante, com contactos telefónicos apenas em datas festivas. Este casal tem ainda 5 filhos em comum, com idades compreendidas entre os 36 e os 26 anos.



Legenda:

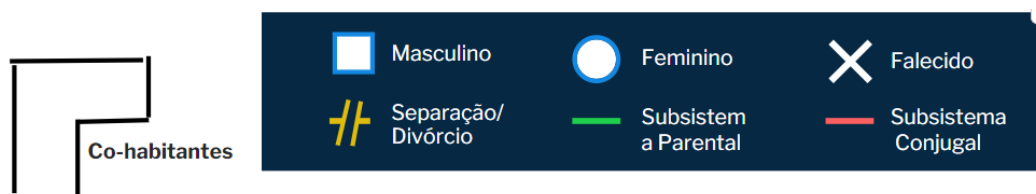


Figura 2. Genograma da Família A.

O casal vivia sozinho, porém, em agosto de 2022, quando a esposa fez a primeira cirurgia ao joelho, o filho mais velho mudou-se, com a esposa e a filha de 12 anos, para casa do casal para cuidar do pai, enquanto a mãe esteve internada e em convalescença. Entre a 1ª e a 2ª cirurgia (janeiro 2023), outro filho do casal, em sequência da separação conjugal, também regressou para casa dos pais.

A relação entre todos é descrita como harmoniosa. O filho mais velho e a esposa são percebidos como um bom apoio para o casal e a neta “traz alegria à casa, é muito meiga”. O filho mais novo é menos participativo nas dinâmicas familiares, mas tem uma resposta, considerada pelos restantes coabitantes, adequada quando lhe é solicitada ajuda. E a situação dele é provisória, “ele já está à procura de casa”.

O fenómeno do regresso de filhos adultos à casa dos pais, também conhecido como "geração boomerang", tem vindo a adquirir uma relevância crescente nas sociedades contemporâneas, influenciado por fatores económicos, sociais e culturais. Este fenómeno, no âmbito da saúde familiar, suscita uma série de implicações, não apenas do ponto de vista económico e social, mas também no que concerne ao bem-estar psicológico e às dinâmicas familiares (Mitchell & Gee, 2016).

O regresso dos filhos adultos à casa dos pais pode reconfigurar as dinâmicas familiares, exigindo adaptações tanto dos pais como dos filhos. Por um lado, pode fortalecer os laços familiares e proporcionar suporte emocional mútuo. Por outro lado, pode também gerar conflitos e tensões, principalmente se os papéis e as responsabilidades não forem claramente definidos e comunicados (Kaplan, 2015). Nestes casos, intervenções que promovam a comunicação eficaz, a renegociação de papéis e a definição clara de expectativas podem facilitar uma convivência harmoniosa (Ferré-Grau et al., 2014).

Esta família tem uma cadela de 5 anos, devidamente vacinada e desparasitada. Quem toma as diligências necessárias ao cuidado de saúde da cadela é a filha mais nova. A senhora R. passeia a cadela várias vezes ao dia, de acordo com as necessidades, sendo também gratificante para ela, constituindo assim uma motivação para sair de casa.

Descrevendo o ecomapa, no que concerne aos sistemas mais amplos, a senhora R tem 1 irmã e 2 sobrinhos, com quem mantém um contacto aproximadamente mensal. O idoso com dependência, senhor A. tem 2 irmãos, mas tem pouco contacto com os mesmos. A família enumera ainda a USF, o trabalho dos filhos e da nora e a escola da neta como integrantes da rede social familiar. O casal afirma ter um vínculo forte com a USF, os filhos e a nora reconhecem ter um vínculo intermédio com o trabalho, enquanto a nora e a neta manifestam um vínculo forte com a escola da menina.

Atividade Diagnóstica

Em relação ao edifício residencial, a habitação é um apartamento no 1.º andar sem elevador, de tipologia T2 + 1. Tem uma casa de banho completa com poliban. O casal e o filho mais velho e a esposa ocupam os 2 quartos respetivamente, a neta ocupa o “+1” e o outro filho, que se mudou para a habitação posteriormente, dorme na sala. A casa apresenta boas condições de higiene e organização.

O edifício residencial não apresentava barreiras arquitetónicas no interior da habitação, apenas as escadas de acesso à mesma (1º andar sem elevador), no que respeita às precauções de segurança, no âmbito da prevenção de quedas, a senhora R. demonstra conhecimentos, nomeadamente acerca do uso de calçado antiderrapante e da utilização do corrimento. O sistema de aquecimento era local e dispunham de uma caldeira a gás fornecida através gás canalizado. Os elementos da família tinham conhecimento demonstrado sobre a utilização dos equipamentos. A habitação revelava boas condições de higiene e organização. Em relação ao abastecimento de água, este era feito através da rede pública.

No que concerne aos rendimentos, a cuidadora (senhora R.) não auferia remunerações. Quando trabalhava era doméstica e não fazia descontos para a segurança social. A reforma do marido é de 421€ e ainda recebe complemento por dependência. Os filhos coabitantes e a nora são respetivamente remunerados com o salário mínimo nacional. A renda da casa é de 408€. Quando questionados se a situação deles poderia ser referenciada à assistente social para averiguar se poderiam ser mobilizadas mais ajudas financeiras, consideraram não ser necessário pois, com a ajuda dos filhos, e uma vez que já auferem o complemento solidário para idosos, não tinham dificuldades para fazer face às despesas. Portanto, em relação ao foco do rendimento familiar, esta família apresenta conhecimento e capacidade para gestão do rendimento de acordo com despesas familiares.

Em relação à classe social, esta situava-se numa classe média baixa, sendo o grau de profissão classificado como grau 4, a instrução no grau 4, a origem do rendimento familiar no grau 4, o tipo de habitação no grau 3 e o local de residência no grau 3.

Embora a origem do rendimento familiar estivesse classificada no grau 4, o agregado familiar demonstrava conhecimento e capacidade de gestão dos rendimentos de acordo com as despesas familiares e já auferiam o complemento solidário para idosos. O filho mais velho gere o orçamento familiar e divide as despesas referentes aos pais pelos 5 irmãos, que dão mensalmente o seu contributo financeiro.

Diagnósticos de enfermagem:

- Rendimento Familiar Não Insuficiente (conhecimento e capacidade de gestão demonstrados)
- Edifício residencial Seguro: Tipo de habitação 3(E. Graffar)
- Edifício residencial não negligenciado

- Precaução de segurança demonstrada (conhecimento demonstrado sobre equipamento para aquecimento e sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas)
- Abastecimento de água adequado
- Animal doméstico não negligenciado

Atendendo aos diagnósticos de enfermagem, todas áreas da dimensão estrutural constituem forças e recursos desta família, nomeadamente o rendimento familiar, edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de Água e o animal doméstico.

Dimensão funcional

Nesta área, abordando as duas dimensões essenciais do funcionamento familiar, a instrumental e a expressiva, após um enquadramento sobre a caracterização da dependência do Sr. A, focou-se no papel de prestador de cuidados e no processo familiar.

Em relação ao membro da família com dependência, analisando os antecedentes do Sr. A, este tem hipertensão, diabetes tipo 2 e está invisual devido a glaucoma. Por cicatrizes atróficas nos calcanhares (antigas úlceras de pressão) e pela condição invisual, tem desequilíbrio no andar, deslocando-se apoiado na mobília ou com a ajuda de uma pessoa. Precisa apenas de alguma ajuda para comer e beber. É dependente para o autocuidado higiene e necessita de ajuda para vestir-se. Tem uma dependência em grau moderado segundo a escala de Barthel. A esposa, que assume o papel de cuidadora, apesar de ter sido submetida a prótese total do joelho (PTJ) bilateral recentemente, não apresenta no momento qualquer comprometimento da sua independência.

Atividade Diagnóstica

No que se refere ao papel do prestador de cuidados, a esposa identifica-se como cuidadora principal, embora conte com a colaboração dos filhos. O filho mais velho é quem assegura o banho ao pai. No que concerne ao “vestir”, quer a cuidadora, quer o filho mais velho auxiliam o familiar dependente. A cuidadora assume a responsabilidade de dar a medicação ao marido de acordo com a prescrição. Quando há algum medicamento a acabar, a mesma comunica à filha mais nova, que é responsável pela comunicação por email com a USF.

No que concerne aos papéis familiares, o filho mais velho gere o orçamento familiar. Ele, a esposa e o irmão coabitante fazem as compras de acordo com as necessidades. As tarefas domésticas são maioritariamente divididas entre a cuidadora e a nora.

Pretendemos colher dados sobre o papel do prestador de cuidados em relação a aspetos relacionados com o conhecimento do papel, comportamentos de adesão, consenso, conflitos ou saturação do papel. Foram aplicadas algumas questões lineares relativamente ao conhecimento da prestadora de cuidados (PC) e à aprendizagem de habilidades específicas nos seguintes domínios de autocuidado: higiene, vestuário, alimentação, uso do sanitário, sono e repouso, atividades recreativas e atividade física. Além disso, foram colocadas questões sobre o conhecimento da PC quanto à gestão do regime terapêutico, nomeadamente no que concerne ao regime medicamentoso.

Embora a PC demonstrasse conhecimento nos diferentes domínios do autocuidado, na primeira visita, foram detetados alguns fármacos que já estavam em falta. A PC referiu que se havia esquecido de comunicar à filha.

Diagnóstico de enfermagem: papel do prestador de cuidados (PC) não adequado: conhecimento do Papel: conhecimento sobre gestão do regime terapêutico (prevenção de complicações) não demonstrado.

Intervenções: Ensinar sobre a importância da manutenção da terapêutica na gestão da doença crónica e na prevenção de complicações. Foram negociadas estratégias possíveis para evitar o esquecimento na gestão do regime medicamentoso. Como medida acordada, decidiu-se escrever na embalagem a data prevista para o término do respetivo fármaco, funcionando como lembrança para a PC proceder à comunicação com a filha, para que a mesma providencie o receituário necessário.

Avaliação do resultado da intervenção: na segunda consulta, realizada três semanas após a primeira, a PC demonstra conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico, no âmbito da prevenção de complicações e na gestão do regime medicamentosos, tendo adotado a medida acordada.

Atividade diagnóstica

Para avaliar o consenso ou a existência de conflito do papel, questionou-se o casal e o filho mais velho sobre como aconteceu a tomada de decisão sobre quem seria o principal cuidador, se havia sido uma situação discutida em família. Recorrendo ao questionamento circular, procurou-se compreender como os diferentes elementos da família perspetivavam o cuidado da PC ao senhor A. e como a PC achava que a restante família via o seu cuidado no âmbito do papel. Questionou-se diretamente se, no presente, estavam concordantes que a senhora R.

desempenhasse o papel de PC e se havia algum conflito inerente ao exercício do papel. Todas as respostas indicaram consenso no papel de PC e ausência de conflito.

No que concerne à saturação do papel de PC, na primeira visita domiciliária, recorrendo a algumas questões abertas que promoveram a comunicação expressiva de emoções da cuidadora no exercício do papel de PC, a mesma expressou uma enorme conexão com o marido, utilizando expressões como “é o amor da minha vida”. Demonstrou, contudo, alguma frustração por não poder passear com ele como antigamente faziam. Nos finais de semana, os filhos sempre os convidam para sair, mas ele, já há algum tempo, recusa sempre.

A cuidadora refere que às vezes sai de casa e aprecia o passeio com os filhos, mas está sempre “com a cabeça em casa” e não se sente bem em deixar o marido muitas horas, mesmo sabendo que fica acompanhado por um dos filhos. Refere que se sente muitas vezes cansada emocionalmente, que se sente presa em casa. Contudo, não se acha no direito de se queixar, pois os filhos são muito presentes e ajudam bastante. Verbalizou que, desde que a filha lhe deu a cadela sente-se melhor, pois passear o animal “é um escape” e “ajuda a espairecer”.

Considerou-se mensurar a sobrecarga associada ao papel de cuidadora, através da escala de Zarit tendo-se verificado uma sobrecarga moderada.

Diagnósticos de enfermagem: papel do prestador de cuidados (PC) não adequado: Consenso Sim, Conflito Não, Saturação Sim (Zarit - sobrecarga moderada)

Intervenções no âmbito da saturação do papel

Num primeiro contacto, foram explorados os momentos que a cuidadora dispunha exclusivamente para si, bem como para o convívio social. Foi incentivada a apreciar plenamente esses momentos, recorrendo a estratégias de incrementassem a confiança no bem-estar do marido, aquando da sua ausência. O elemento dependente da família não demonstrou motivação quanto à participação em atividades familiares (como passeios) fora da residência. Verbalizou, no entanto, que incentivava a esposa a sair.

Na segunda visita domiciliária, era visível alguma sobrecarga associada ao papel de cuidadora (nível moderado), pelo que a abordagem se centrou no aumento dos convívios familiares, que havia sido um desejo verbalizado pela cuidadora na primeira consulta. Neste sentido, foram exploradas as crenças limitadoras e os sentimentos inerentes à saída da residência, por parte do

membro dependente da família, correlacionando com a opinião e sentimento dos restantes elementos da família, através do questionamento circular.

Esta ferramenta permite trazer compreensão aos intervenientes acerca da relação entre os membros do sistema e a percepção de cada um no que concerne a estas relações. Desta forma, enquanto enfermeira, foi-me possível perceber os diferentes pontos de vista dos diferentes elementos familiares face à mesma situação.

Por forma a fazer uma projeção de futuro que exponenciasse a esperança e a motivação face à saída de casa por parte do elemento dependente da família, foi utilizada a pergunta milagre, através da qual o senhor A foi convidado a imaginar como seria esta saída em família se os obstáculos por ele numerados não existissem, quais as sensações e sentimentos envolvidos para ele e para a família. Desta forma, conseguiu-se que verbalizasse a vontade genuína de concretizar estes passeios, reconhecendo até, de forma emocionada, o quão importante afinal isto é para si e os restantes elementos. Seguidamente aplicou-se uma pergunta escala para reavaliar a motivação para os passeios em família, ajudando assim a pessoa a consciencializar o ponto em que se encontrava e a perspetivar as estratégias necessárias para alcançar este desejo. Assim de zero a dez, o senhor A referiu que a sua motivação era de nível oito.

Avaliação do resultado da intervenção

Na terceira visita, o casal descreveu com cumplicidade e visível satisfação dois passeios que haviam feito em família, nomeadamente um passeio à beira-mar, que foi o preferido do marido, por todas as sensações e memórias evocadas. Foi suscitada uma reflexão sobre o impacto desta mudança para cada um dos elementos envolvidos, através do questionamento circular. Foram enaltecidas as emoções evidenciadas sublinhando a importância da continuidade destas atividades recreativas em família.

A participação de pessoas idosas com dependência em atividades lúdicas e de lazer pode reduzir os níveis de stress, ansiedade e depressão, frequentemente associados à perda de autonomia (González et al., 2016). Estudos mostram que estas atividades podem melhorar o humor e a autoestima dos idosos, contribuindo para um maior bem-estar psicológico (Ferreira et al., 2018). Estas atividades proporcionam oportunidades para fortalecer os laços familiares e ajudar a combater a solidão e o isolamento social (Smith et al., 2017).

No entanto, implementação de atividades recreativas pode enfrentar desafios, como a falta de disponibilidade dos familiares e falta de recursos, bem como barreiras físicas e cognitivas dos

idosos. Para superar estas dificuldades, é crucial considerar as preferências e capacidades dos idosos e é importante que os profissionais de saúde envolvam todos membros da família no planejamento e execução das atividades, capacitando-os para superar as dificuldades previsíveis (Tavares et al., 2019).

Atividade diagnóstica

Tendo como foco o processo familiar, por forma a monitorizar a funcionalidade e a satisfação dos membros da família com o ambiente familiar, aplicou-se a Escala do Apgar Familiar de Smilkstein, que avalia a adaptabilidade, parceria, crescimento, afeto e resolução (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve - APGAR), proporcionando assim uma avaliação do suporte familiar percebido pelos seus membros (Lima et al., 2015; Smilkstein, 1978;).

Esta família, obtendo um score de nove na avaliação final, classifica-se como família altamente funcional.

Quando questionados sobre a qualidade da relação entre os membros da família, foi unânime a classificação como “harmoniosa”, “somos muito unidos”. No que diz respeito à comunicação, facilmente identificam os elementos “mais comunicativos” e o elemento “mais reservado”, transparecendo nos seus discursos aceitação das diferenças e até salientando complementaridade das mesmas. Inquirindo alguns elementos da família (pais e filho mais velho) acerca da resolução de problemas, nomeadamente se costuma haver discussão dos problemas em família e quem toma a diligência de os resolver, deixaram claro que costumam discutir os problemas familiares entre todos e, mesmo que seja necessário tomar medidas imediatas, expõem as situações aos restantes irmãos que não coabitam. Por norma, o filho mais velho é o que toma mais iniciativa, ou na resolução direta das situações, ou delegando tarefas.

Diagnóstico de Enfermagem: Processo familiar não disfuncional: comunicação, coping, interação de papéis eficazes, relação dinâmica Não-disfuncional

Atendendo aos diagnósticos de enfermagem, na dimensão funcional, todos os parâmetros do processo familiar constituem forças e recursos desta família.

No que concerne à saúde individual, os elementos do casal são fumadores de cerca de 10 cigarros por dia, cada um. O marido fuma desde os 11 anos de idade e a cuidadora desde os 17 anos. Ambos ainda não contemplavam a ideia de deixar de fumar. A esposa refere que também é um escape para o stress.

Diagnóstico de enfermagem: Abuso do tabaco.

Intervenções no âmbito do Abuso do Tabaco: Ambos foram sensibilizados a enumerar os benefícios de deixar de fumar, enfatizando que a decisão apenas depende deles. O marido concordou em reduzir o consumo diário, suprimindo 2 cigarros por dia.

Avaliação do resultado da intervenção: Na segunda visita domiciliária, a esposa havia mantido o consumo de 10 cigarros por dia e o marido reduziu para 5 cigarros por dia, superando o acordo estabelecido no primeiro encontro. O senhor referiu que primeiro reduziu os 2 cigarros acordados, como sentiu que não foi tão difícil quanto pensava, decidiu reduzir mais 3 (5 no total). Esta mudança fê-lo sentir-se “orgulhoso de si” e diz que “lhe parece” ter menos tosse e menos cansaço. Foi feito o reforço positivo desta superação e que iria ficar ainda mais orgulhoso e com uma melhor saúde se eliminasse completamente o tabaco.

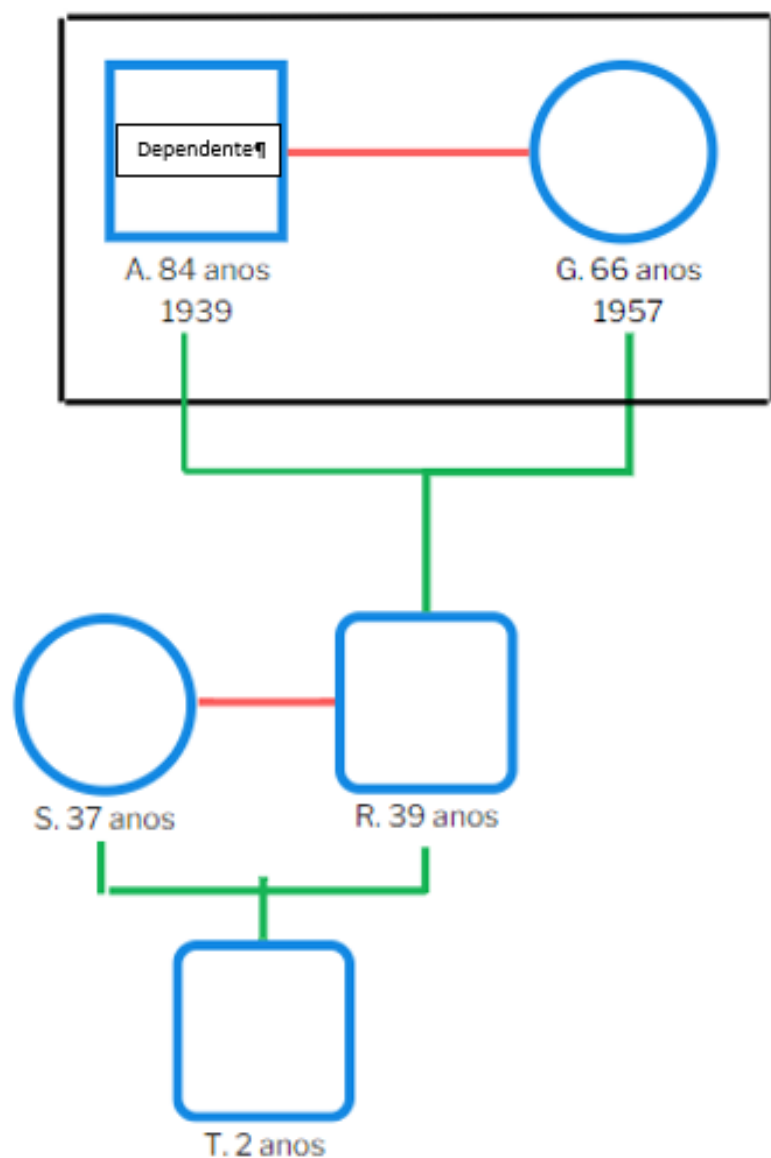
3.1.2. Avaliação e Intervenção da Família B

Foram efetuadas três consultas, em contexto domiciliário com a família B. Em todas estiveram presentes o senhor A e a senhora G. Para a colheita de dados, foram utilizadas predominantemente questões lineares com o objetivo de obter dados específicos que orientassem na identificação dos problemas (Figueiredo, 2023).

Dimensão Estrutural

Nesta dimensão, procedeu-se à caracterização da família, recorrendo ao genograma, identificou-se o tipo de família, o tipo de contacto e frequência, e caracterizou-se ainda a relação com os sistemas mais amplos, através da descrição do ecomapa. Abordou-se também a classe social, o edifício residencial, o sistema de abastecimento de água e o ambiente biológico.

A família B, tal como ilustra o seu genograma, é composta por um casal, em que o marido tem 84 anos e a esposa tem 66 anos. Este casal, juntos há 41 anos, tem um filho em comum, de 39 anos, que vive com a esposa e um filho de ambos a cerca de 40 Km, e visita os pais todos os fins-de-semana.



Legenda:

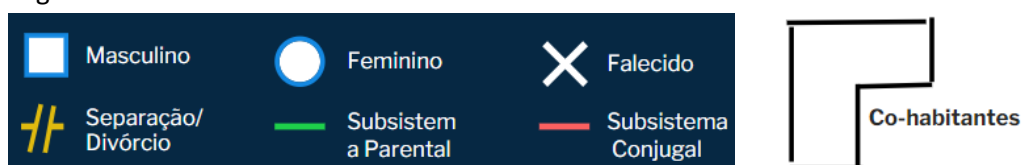


Figura 3. Genograma da Família B.

Descrevendo o ecomapa, no que concerne os sistemas mais amplos, a cuidadora tem duas amigas próximas, uma que conheceu nas aulas de pintura e outra que é vizinha, com quem pode contar para suporte emocional e atividades recreativas como passeios. Tem ainda uma sobrinha que lhe liga e visita com regularidade, referindo um vínculo forte com a mesma e com as amigas. O casal dispõe ainda de uma empregada doméstica que, duas vezes por semana, assegura

tarefas como a higienização e organização da casa e das roupas, com quem classificam o vínculo como intermédio. Os cuidados de higiene ao idoso dependente são garantidos diariamente pela equipa de cuidados domiciliários do centro social local, com esta instituição têm um vínculo conflituoso, por constantes desentendimentos relativamente a horários da prestação dos serviços. O casal descreve um forte vínculo com a sua USF.

Atividade diagnóstica

A habitação é própria e trata-se de um apartamento T2, no 5º andar com elevador, dispõe de duas casas de banho (1 completa e outra de serviço) e aquecimento central. A casa de banho completa tem banheira e utilizam o assento de banheira como medida adaptativa para prevenção de quedas. O idoso dependente no autocuidado dispõe ainda de uma cama articulada.

O marido antes de se reformar, aos 70 anos, era empresário. A esposa, professora do 1º ciclo, está reformada desde 2010, e, antes do marido agravar o seu grau de dependência, após um internamento por infeção respiratória em 2021, frequentava aulas de pintura.

No que concerne aos rendimentos, a cuidadora refere que ambos auferem reformas adequadas que lhes permitem fazer face às despesas e ainda ajudar o filho em despesas extra, quando necessário.

Relativamente à classe social, esta situava-se numa classe média alta. Sendo o grau de profissão classificado como grau 2, a instrução no grau 1, a origem do rendimento familiar no grau 3, o tipo de habitação no grau 2 e o local de residência no grau 2.

A origem do rendimento familiar classificada no grau 3 e o casal considerar os rendimentos suficientes para fazer face a todas as despesas.

O edifício residencial não apresentava barreiras arquitetónicas, à exceção da banheira, no entanto, dispunham de assento de banheira para os cuidados de higiene. A habitação tem sistema de aquecimento central com caldeira a gás fornecida através gás canalizado. Os elementos da família tinham conhecimento demonstrado sobre a utilização dos equipamentos. A habitação revelava boas condições de higiene e organização. Em relação ao abastecimento de água, este era feito através da rede pública.

Esta família não tem animal doméstico.

Diagnósticos de enfermagem:

- Rendimento Familiar Não Insuficiente;
- Edifício residencial Seguro: Tipo de habitação 2(E. Graffar);
- Edifício residencial não negligenciado;
- Precaução de segurança demonstrada (conhecimento demonstrado sobre equipamento para aquecimento e sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas);
- Abastecimento de água adequado.

Atendendo aos diagnósticos de enfermagem, todas áreas da dimensão estrutural constituem forças e recursos desta família, nomeadamente o rendimento familiar, edifício residencial, a precaução de segurança e o abastecimento de água.

Dimensão funcional

Nesta área, abordando as duas dimensões essenciais do funcionamento familiar, a instrumental e a expressiva, após um enquadramento sobre a caracterização da dependência do Sr. A, focou-se no papel de prestador de cuidados e no processo familiar.

O marido sofre doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e insuficiência cardíaca, consegue levantar e andar curtas distâncias por vezes apoiando-se na mobília outras vezes com a ajuda de uma pessoa, tem incontinência urinária e necessita ajuda nos cuidados de higiene e para vestir-se, e não é capaz de subir ou descer escadas, tendo uma dependência em grau moderado, segundo a escala de Barthel. A esposa assume o papel de cuidadora do marido e é completamente autónoma nas atividades de vida diárias.

Atividade diagnóstica

No que se refere ao papel do prestador de cuidados, a esposa identifica-se com cuidadora principal, embora conte com a colaboração da equipa de cuidados domiciliários do centro social, para os cuidados de higiene e vestuário (auxílio no autocuidado vestir-se e higienização das roupas).

No que concerne aos papéis familiares, a gestão da casa e das despesas bem como a articulação com os serviços de saúde e com o centro social são atividades garantidas exclusivamente pela cuidadora, que, embora fazendo questão de envolver o marido em todas as decisões/ações (“ele continua a ser o homem da casa” - faz ela questão de afirmar), foi agregando às suas responsabilidades por sentir que o agravamento do grau de dependência do marido assim o

exigia. Para as tarefas domésticas, conta com a colaboração da empregada doméstica, mantendo a seu cargo a confecção das refeições.

Foram aplicadas algumas questões lineares relativamente ao conhecimento da prestadora de cuidados (PC) e à aprendizagem de habilidades específicas nos seguintes domínios de autocuidado: higiene, vestuário, alimentação, uso do sanitário, sono e repouso, atividades recreativas e atividade física. Além disso, foram colocadas questões sobre o conhecimento da PC quanto à gestão do regime terapêutico, nomeadamente no que concerne ao regime medicamentoso, especificamente na autoadministração de medicamentos (inaladores). Neste último parâmetro, além do questionamento linear, procedeu-se à observação direta do procedimento. A PC demonstrou conhecimento e habilidade nos domínios avaliados, bem como evidenciou motivação para estimular a autonomia do membro da família dependente.

Diagnóstico de enfermagem: papel do prestador de cuidados (PC) adequado: conhecimento do Papel e comportamento de adesão demonstrados.

Tendo em conta o diagnóstico de enfermagem, o conhecimento e o comportamento de adesão do papel do PC constituem forças e recursos desta família.

Atividade diagnóstica

Para avaliar o consenso ou a existência de conflito do papel, questionou-se o casal sobre como foi tomada a decisão de quem seria o principal cuidador, se havia sido uma situação falada em família. Recorrendo ao questionamento circular, procurou-se compreender como elementos do casal perspetivavam o cuidado da PC ao senhor A. e como a PC achava que a restante família via o seu cuidado no âmbito do papel. Questionou-se diretamente se, no presente, estavam concordantes que a senhora G. desempenhasse o papel de PC e se havia algum conflito inerente ao exercício do papel. Todas as respostas indicaram consenso no papel de PC e ausência de conflito.

No que concerne à saturação do papel de PC, na primeira visita domiciliária, recorrendo a algumas questões abertas que promoveram a comunicação expressiva de emoções da cuidadora no exercício do papel de PC, a cuidadora demonstrou motivação e compromisso relativamente ao papel de prestadora de cuidados. No entanto, paralelamente, expressou frustração, por ter abandonado as aulas de pintura, e manifestou tristeza e solidão, por sentir que já não tem tempo para si ou disponibilidade para conviver com amigas como tinha antes -

“Tudo gira em torno do que ele precisa”, “Não me sinto bem a sair e deixá-lo sozinho”, “Quando saio, sinto-me mal por condicionar as minhas amigas, pois não me posso demorar”.

A cuidadora revelou ainda que acaba por recorrer ao filho mais vezes do que desejava por se sentir frequentemente assoberbada e insegura no seu papel de cuidadora, sentindo-se aquém das exigências, sobretudo com situações inesperadas, em que muitas vezes se considera incapaz de tomar decisões.

Neste âmbito, aplicou-se a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, tendo-se verificado uma sobrecarga intensa.

Diagnósticos de enfermagem: papel do prestador de cuidados (PC) não adequado: Consenso Sim, Conflito Não, Saturação Sim (Zarit - sobrecarga intensa)

Intervenções no âmbito da Saturação do papel

Num primeiro contacto, foram explorados os recursos e a rede de apoio que poderiam ser acionados quando a cuidadora planeasse uma saída. Pelo discurso da cuidadora foi possível inferir como obstáculo à utilização dos recursos disponíveis, o seu “receio em incomodar” uma terceira pessoa.

Utilizando a estratégia da pergunta milagre, desafiou-se a senhora G a imaginar como seria uma saída com amigas caso não existisse de todo a preocupação com o marido, projetando quais as sensações e os sentimentos que poderiam advir desta atividade. A “questão milagre” é uma intervenção típica da abordagem orientada para a solução, buscando ampliar as forças e os recursos existentes para alcançar o comportamento desejado (Figueiredo, 2023). Foi também enaltecido o seu envolvimento e desempenho enquanto cuidadora, contrapondo com as suas necessidades enquanto pessoa e o seu paralelismo com este papel, através de um questionamento reflexivo. As questões reflexivas visam promover novas perspetivas que se traduzam em novos comportamentos e novas interações (Figueiredo, 2023). Fomentando a lembrança de bem-estar associada a atividades recreativas sociais e trabalhando o sentimento de culpa verbalizado pela cuidadora (face à atenção sobre as suas necessidades), foi possível incrementar a motivação para gerir o obstáculo identificado. Esta motivação foi consciencializada pela cuidadora através da aplicação de uma questão de escala.

Em seguida, utilizando o questionamento circular foi possível a cuidadora perceber como o marido compreendia a importância destas atividades recreativas sociais para o bem-estar da

esposa e como era também importante para ele estas saídas. Aliás, a opção da esposa de abdicar destas atividades trazia para o marido a sensação de que “ele era um fardo”. Como enfermeira, foi-me possível, assim, trazer à discussão familiar os diferentes pontos de vista dos elementos do casal face à mesma situação.

Estudos indicam que muitos idosos experimentam sentimentos de culpa e tristeza ao perceberem que são a causa de stress e exaustão para os seus cuidadores (Pinquart & Sörensen, 2017). Este sentimento de culpa pode agravar-se quando os idosos sentem que a sua dependência está a restringir a vida pessoal e profissional dos cuidadores (Zarit, 2019).

Reconhecer os sentimentos dos idosos face à sobrecarga do cuidador é crucial para uma abordagem holística dos cuidados. Intervenções que promovem a comunicação aberta entre idosos e cuidadores podem ajudar a mitigar sentimentos de culpa e isolamento (Lins et al., 2018).

Ainda no que concerne ao “receio de incomodar” da cuidadora, procurou-se explorar quais os recursos que fariam mais sentido ao casal serem acionados, tendo emergido, com a concordância de ambos, a sugestão da empregada doméstica. Neste sentido, ficou acordado que a esposa ia marcar um lanche com uma amiga numa tarde em que combinasse com a empregada doméstica ficar em sua casa até ao seu regresso.

No que concerne à sua confiança para gerir situações inesperadas, utilizou-se o relato da própria cuidadora sobre diversas situações que resolveu sozinha, nomeadamente no que diz respeito a alterações de saúde do marido em que se articulou diretamente com os recursos de saúde necessários (USF, INEM, SNS24), ou mesmo intercorrências com o serviço de apoio domiciliário, para enaltecer a sua perceção de autoeficácia. Desta forma, redefinindo as conjunturas geradoras de stress como exemplos de superação, aplicou-se o reenquadramento como técnica de intervenção, enquanto estratégia interna de *coping* familiar (Figueiredo, 2023).

Avaliação do resultado da intervenção

Na segunda visita domiciliária, a esposa havia saído duas tardes, uma com uma amiga para lanchar à beira-mar e outra com a sobrinha para lanchar no shopping. A senhora G disse que estava mais leve e com mais energia para lidar com o dia-a-dia, embora na primeira saída estivesse inquieta e preocupada com o marido e até com sentimento de culpa por estar a aproveitar e ele estar em casa. No entanto, este sentimento dissipou-se quando regressou a casa e ele verbalizou que estava feliz por ela ter saído e que isso também o fez sentir bem, não

se sentindo um fardo para a esposa. Ela referiu que a relação entre ambos melhorou, que “já resmungam menos um com o outro” e conversam mais. Ela disse que perceber como ele se sentia, por ela abdicar de estar com as amigas, aproximou-os.

Esta descrição demonstra uma evolução favorável, mostrando uma mudança de perspectiva da senhora G em relação ao equilíbrio entre as suas responsabilidades como cuidadora e as suas necessidades de socialização. No entanto, aplicando a escala de Zarit, na segunda consulta, a PC revela ainda uma sobrecarga moderada. Criando um espaço de confiança, em que foi incentivada a comunicação expressiva de emoções, a PC confidenciou que gostava de sentir maior apoio por parte do filho. Sentir que todas as decisões recaem apenas sobre ela deixava-a insegura e ansiosa.

Apenas na terceira consulta, após intervenção no âmbito do processo familiar, a saturação do papel do PC foi suprimida, atingindo uma sobrecarga ligeira na escala de Zarit, alcançando assim o diagnóstico de “Papel do Prestador de cuidados adequado: Saturação Não”.

Atividade diagnóstica

Na segunda consulta, a cuidadora confidenciou que gostava de sentir maior apoio por parte do filho. Quando o contacta com alguma inquietação relativamente aos cuidados ao pai, sente que o mesmo desvaloriza as suas preocupações e demonstra-se pouco disponível. Esta atitude recorrente por parte do filho suscita sentimentos como tristeza e solidão, que a cuidadora oculta do marido, por receio de afetar a relação entre o filho e o pai. Quando questionada se alguma vez disse ao filho como se sentia, a utente adotou uma postura defensiva e disse que não valia a pena.

Por forma a monitorizar a funcionalidade e a satisfação dos membros da família com o ambiente familiar, aplicou-se a Escala do Apgar Familiar de Smilkstein, que avalia a adaptabilidade, parceria, crescimento, afeto e resolução (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve - APGAR), proporcionando assim uma avaliação do suporte familiar percebido pelos seus membros (Smilkstein, 1978; Lima et al., 2015).

Esta família, obtendo um score de 3 na avaliação final, classifica-se como família com disfunção acentuada.

Diagnóstico de Enfermagem: Processo familiar disfuncional: comunicação não eficaz e relação dinâmica disfuncional

Intervenções no âmbito do Processo familiar

Através de perguntas abertas procurou-se conhecer a história da relação mãe-filho e aprofundar as crenças e expectativas da cuidadora. Fazendo uma analogia com a relação e especificamente a comunicação que a cuidadora tem com a sobrinha (que a mesma identifica como satisfatória) e relembrando momentos de cumplicidade com filho (relatados pela cuidadora), sugeriu-se uma atividade de role-play. Assumindo eu o papel de filho, foi sugerido à utente que, neste ambiente seguro, comunicasse abertamente o seu sentir e as suas necessidades e demais informações que gostaria de falar com o filho. Com esta atividade foi possível explorar sentimentos e comportamentos que estavam reprimidos e o impacto destes na funcionalidade familiar. Foi também possível desconstruir algumas crenças limitadoras, como o receio de potencializar um conflito, e consciencializar a importância de passar do role-play à concretização desta conversa com o filho. A técnica de role-play constitui uma estratégia terapêutica que permite aos membros da família explorar e experimentar diferentes perspetivas e comportamentos num ambiente seguro e controlado, tendo a capacidade de fomentar a empatia, melhorar a comunicação e facilitar a resolução de conflitos (Goldenberg & Goldenberg, 2017)

A cuidadora recusou uma intervenção conjunta com o filho num futuro contacto, embora se mostrasse motivada a concretizar a conversa do role-play.

Avaliação do resultado da intervenção

Na terceira consulta, a cuidadora relatou que aproveitou uma das visitas semanais do filho, para ter uma conversa com ele. Começou por lembrar bons momentos que partilharam no passado, utilizando um álbum de fotos (que havia utilizado na atividade de role-play), enalteceu a importância que o filho tem na sua vida, e conseguiu demonstrar que frequentemente se sente muito sozinha e triste e que seria muito importante para ela sentir que poderia contar com o filho e com o seu apoio, mesmo à distância. O mesmo verbalizou que, por vezes, a mãe lhe ligava em alturas menos oportunas, por causa do trabalho, e que por isso sente que não se expressava da melhor forma, e lamentou que esta atitude fizesse a mãe sentir que não tinha o seu apoio. Disse ainda que nunca tinha percebido que a mãe se sentia sozinha ou triste. Ficou combinado entre ambos que se a mãe ligasse num momento que não poderia falar, o filho a avisaria desta situação e a contactaria logo que possível. Acordaram também que não mais esconderiam os seus sentimentos um do outro. Nesta terceira consulta, a cuidadora e o marido expressaram elevada satisfação com a comunicação e a relação dinâmica familiar, passando a ser considerada uma família altamente funcional, de acordo com o APGAR Familiar de Smilkstein.

O suporte familiar desempenha um papel vital na redução da sobrecarga do cuidador. O suporte pode assumir várias formas, incluindo apoio emocional, ajuda prática nas tarefas diárias e apoio financeiro. A presença de um ambiente familiar coeso e solidário pode aliviar significativamente a pressão sobre o cuidador principal, promovendo o seu bem-estar e a sua capacidade de continuar a prestar cuidados de qualidade (Gaugler et al., 2018).

O apoio emocional por parte dos familiares é essencial para o bem-estar psicológico do cuidador. Sentir-se valorizado, compreendido e apoiado pode diminuir a sensação de isolamento e stress. Estudos demonstram que cuidadores que recebem apoio emocional consistente experienciam menos sintomas de depressão e ansiedade (Carretero et al., 2015). Este tipo de suporte ajuda a criar um sentido de pertença e segurança, fundamentais para a resiliência emocional do cuidador.

Diagnóstico: Processo familiar não disfuncional.

No que concerne à saúde individual, os elementos do casal são fumadores. O marido fuma 1 a 2 cigarros por dia, refere que o faz pelo prazer de fumar. A esposa fuma cerca de 10 cigarros por dia, segundo a própria, para combater a solidão. Nenhum dos dois contempla a ideia de deixar de fumar. O marido refere que já reduziu o máximo, a esposa diz que só de pensar já lhe causa ansiedade.

Diagnóstico de enfermagem: Abuso do tabaco.

Intervenções no âmbito do Abuso do Tabaco: Ambos foram sensibilizados a enumerar os benefícios de deixar de fumar, enfatizando que a decisão apenas depende deles. Foi manifestada a minha disponibilidade para os apoiar no processo de deixar de fumar se e quando tomassem uma decisão nesse sentido.

Avaliação do resultado da intervenção: Em nenhum dos contatos, os elementos do casal sequer contemplaram a ideia de deixar de fumar.

3.1.3 Avaliação e Intervenção da Família C

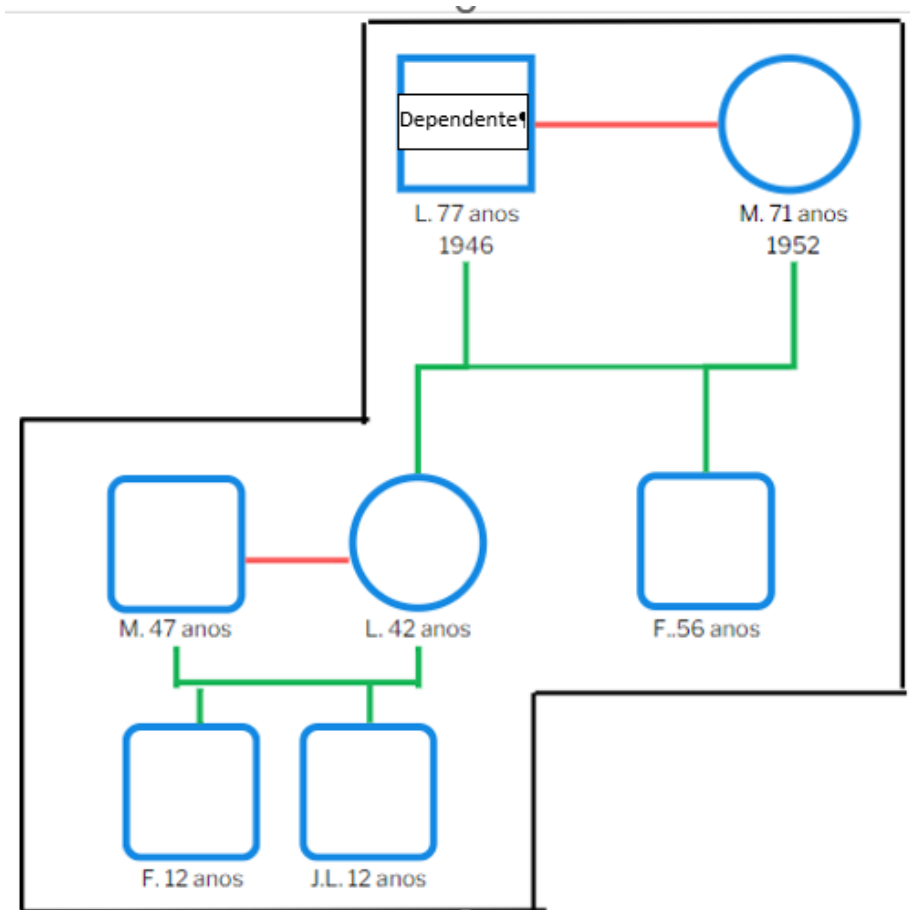
Foram efetuadas duas consultas, em contexto domiciliário com a família B. Em todas, estiveram presentes o senhor L, a senhora M e a filha L. Na segunda consulta estiveram presentes também os dois netos. A terceira consulta, por questões de disponibilidade da família, foi realizada por contato telefónico com a filha L. Para a colheita de dados, foram utilizadas predominantemente

questões lineares com o objetivo de obter dados específicos que orientassem na identificação dos problemas (Figueiredo, 2023).

Dimensão Estrutural

Nesta dimensão, procedeu-se à caracterização da família, recorrendo ao genograma, identificou-se o tipo de família, o tipo de contacto e frequência, e caracterizou-se ainda a relação com os sistemas mais amplos, através da descrição do ecomapa. Abordou-se também a classe social, o edifício residencial, o sistema de abastecimento de água e o ambiente biológico.

Tal como exposto no genograma, a família C é uma família alargada, composta por um casal de idosos, em que o marido tem 77 anos e é dependente no autocuidado em grau moderado (Barthel), a esposa tem 71 anos, sendo completamente independente nas atividades de vida diárias; o filho de 50 anos, solteiro; a filha de 42 anos e o seu marido de 47 anos e os seus dois filhos gémeos de 12 anos, sendo que um dos gémeos tem trissomia 21.



Legenda:

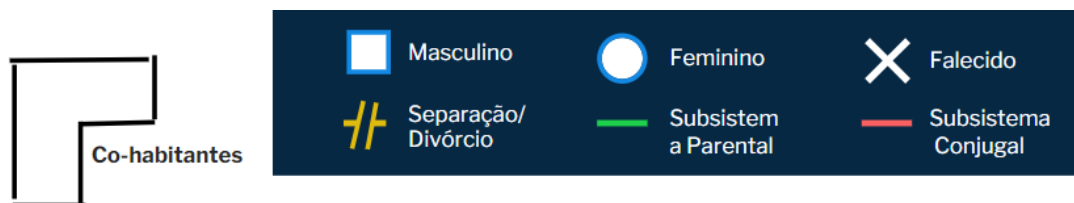


Figura 4. Genograma da Família C

Descrevendo o ecomapa, no que concerne os sistemas mais amplos, o casal idoso e a filha têm um vínculo forte com a USF, o filho F e o genro M têm vínculos fortes com os respetivos empregos, a filha L e as crianças têm um vínculo forte com a escola dos meninos. O neto com trissomia 21 frequenta algumas terapias num centro terapêutico, com o qual a mãe e esta criança têm também um vínculo forte. O trabalho da filha L representa uma ligação intermédia para este elemento da família.

Atividade diagnóstica

A habitação é um apartamento situado no rés-do-chão, com 4 quartos e dois wc's completos (um destes é adaptado com polibán e apoio de sanita). A habitação apresenta boas condições de higienização e organização.

O senhor L, antes da reforma, trabalhou como ferroviário, exercendo o cargo de chefe de estação. A esposa sempre foi doméstica, dedicando-se à família. O filho mais velho do casal tem uma papelaria e a sua irmã trabalha como assistente social. O genro do casal é empresário. Os dois netos gémeos frequentam a mesma turma de 6.º ano, numa escola pública. A criança com trissomia 21 é seguida em psicologia e terapia ocupacional.

No que concerne aos rendimentos, é afirmado pelo casal idoso e a sua filha que são suficientes para fazer face às despesas familiares. A filha é responsável pela gestão do orçamento familiar.

Atendendo à classe social, esta situa-se numa classe média alta. Sendo o grau de profissão classificado como grau 2, a instrução no grau 1, a origem do rendimento familiar no grau 3, o tipo de habitação no grau 2 e o local de residência no grau 2.

A origem do rendimento familiar classificada no grau 3 e o casal e a filha consideraram os rendimentos suficientes para fazer face a todas as despesas.

O edifício residencial não apresentava barreiras arquitetónicas. A habitação tem sistema de aquecimento central com caldeira a gás fornecida através gás canalizado. Os elementos da

família tinham conhecimento demonstrado sobre a utilização dos equipamentos. A habitação revelava boas condições de higiene e organização. Em relação ao abastecimento de água, este era feito através da rede pública.

Esta família não tem animal doméstico.

Diagnósticos de enfermagem:

- Rendimento Familiar Não Insuficiente;
- Edifício residencial Seguro: Tipo de habitação 2(E. Graffar);
- Edifício residencial não negligenciado;
- Precaução de segurança demonstrada (conhecimento demonstrado sobre equipamento para aquecimento e sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas);
- Abastecimento de água adequado.

Atendendo aos diagnósticos de enfermagem, todas áreas da dimensão estrutural constituem forças e recursos desta família, nomeadamente o rendimento familiar, edifício residencial, a precaução de segurança e o abastecimento de água.

Dimensão Funcional

Nesta área, abordando as duas dimensões essenciais do funcionamento familiar, a instrumental e a expressiva, após um enquadramento sobre a caracterização da dependência do Sr. L, focou-se no papel de prestador de cuidados e no processo familiar.

O familiar dependente tem hipertensão e diabetes, tendo sido amputado a um dos membros interiores, aos 58 anos devido a uma lesão relacionada com a diabetes. Tem ainda o diagnóstico de insuficiência cardíaca e tem, em estudo, uma situação de insuficiência renal. Ele utiliza uma ortótese e consegue levantar-se e andar curtas distâncias com a ajuda de uma pessoa e com o auxiliar de marcha (andadeira); tem incontinência urinária e necessita de ajuda nos cuidados de higiene e para vestir, e não é capaz de subir ou descer escadas, tendo uma dependência em grau moderado (Escala de Barthel). A sua esposa é independente nas atividades de vida diárias.

Atividade diagnóstica

No que concerne aos papéis familiares, a filha é a principal cuidadora. Assegura o auxílio ao pai nos cuidados de higiene e no vestir, gere o regime medicamentoso do pai e faz a ponte entre o casal e os serviços de saúde. A esposa cozinha as refeições para toda a família e divide com a

filha as restantes tarefas domésticas, nomeadamente no que concerne à higienização da casa. Dispõe ainda de um serviço pago de lavandaria com entrega ao domicílio.

O filho mais velho do casal teve uma depressão grave, que condicionou a disponibilidade emocional para colaborar nas atividades familiares, porém, a irmã refere que está cada vez mais participativo.

Foram aplicadas algumas questões lineares relativamente ao conhecimento da prestadora de cuidados (PC) e à aprendizagem de habilidades específicas nos seguintes domínios de autocuidado: higiene, vestuário, alimentação, uso do sanitário, sono e repouso, atividades recreativas e atividade física e gestão do regime terapêutico. A PC demonstrou conhecimento e habilidade nos domínios avaliados, bem como evidenciou motivação para estimular a autonomia do membro da família dependente.

Diagnóstico de enfermagem: papel do prestador de cuidados (PC) adequado: conhecimento do Papel e comportamento de adesão demonstrados.

Tendo em conta o diagnóstico de enfermagem, o conhecimento e o comportamento de adesão do papel do PC constituem forças e recursos desta família.

Atividade diagnóstica

Para avaliar o consenso ou a existência de conflito do papel, questionou-se o casal e a filha sobre como foi tomada a decisão de quem seria o principal cuidador, se havia sido uma situação falada em família. Recorrendo ao questionamento circular, procurou-se compreender como elementos do casal perspetivavam o cuidado da PC ao senhor L. e como a PC achava que a restante família via o seu cuidado no âmbito do papel. Questionou-se diretamente se, no presente, estavam concordantes que a senhora L. desempenhasse o papel de PC e se havia algum conflito inerente ao exercício do papel. Todas as respostas indicaram consenso no papel de PC e ausência de conflito.

No que concerne à saturação do papel de PC, apesar da filha demonstrar conhecimentos e motivação para o papel de cuidadora, sendo reconhecida pelos restantes elementos familiares como um pilar da família, a mesma transpõe sinais de sobrecarga que relaciona, não só com o cuidado do pai, mas também pelos desafios inerentes à condição do filho com trissomia 21.

Apesar da reconhecida competência no exercício do cuidar, os restantes membros da família admitem a necessidade de serem mais participativos, porém a cuidadora geralmente toma a iniciativa, agregando mais responsabilidades.

Aplicando a escala de Zarit, esta cuidadora revela uma sobrecarga intensa.

Diagnósticos de enfermagem: papel do prestador de cuidados (PC) não adequado: Consenso Sim, Conflito Não, Saturação Sim (Zarit - sobrecarga intensa)

Intervenções no âmbito da Saturação do papel

Confrontou-se a PC com a dicotomia do estado de sobrecarga no papel de cuidadora, reconhecido pela própria, e sucessiva agregação de atividades e responsabilidades familiares. Em resposta, este elemento da família emocionou-se, afirmando “é preciso”, “ficam sempre à minha espera para decidir tudo”, “se não sou eu, nada se resolve”.

A vulnerabilidade emocional demonstrada pela cuidadora carece de uma intervenção especializada, que a própria reconheceu. Recusou a referenciação interna, referindo que preferia retomar as consultas com a sua psicóloga que a segue há alguns anos. Ficou acordado, logo na primeira consulta, que o agendamento da consulta de psicologia seria feito no prazo máximo de 2 semanas.

Foi construída uma tabela de atividades, tarefas e responsabilidades familiares, em conjunto com o casal idoso e a filha, e deixou-se em branco uma coluna para preencher com o nome dos respetivos responsáveis atualmente e outra coluna com os novos responsáveis, desafiando ao seu preenchimento no final do jantar em família, com a participação de todos. Esta atividade não só visou a consciencialização do papel de cada um, mas também para incentivar o envolvimento de todos no reequilíbrio na distribuição das tarefas e responsabilidades. O casal idoso demonstrou motivação e envolvimento para esta atividade. A filha verbalizou descrédito no impacto que a mesma poderia ter para uma maior participação dos restantes elementos, mas pelo menos acreditava que pudesse trazer maior consciencialização sobre a realidade familiar.

Foi incentivada a comunicação expressiva de como cada um se sente em relação à distribuição atual, começando pela cuidadora, que refere muitas vezes esconder que se sente sobrecarregada. Foi enaltecido o papel de uma comunicação eficaz no processo familiar, assim como a contribuição de cada um pode ser gratificante individualmente e melhorar a coesão

familiar, fazendo uma reflexão sobre as próprias palavras da cuidadora sobre a motivação para o seu papel de cuidadora e os sentimentos positivos inerentes ao mesmo.

Através de um questionamento circular a cuidadora percebeu que a sua atitude proativa na resolução de problemas sem envolver os pais criava insegurança dos mesmos, sobretudo a sua mãe, relativamente às suas capacidades de decisão. Os mesmos verbalizam que “se habituaram a que a filha resolvesse tudo”.

Utilizando a metáfora de uma criança que é substituída em todas as decisões pelos seus pais, convidou-se a cuidadora a imaginar uma adolescente cujos pais nunca auscultam a sua opinião, nunca esperam a sua decisão perante situações do dia a dia, decidindo desde a roupa que vai usar, a comida que vai comer, o horário para sair para a escola, o tempo para o estudo e o tempo de lazer, como acha que essa adolescente se sente quando se depara com um desafio, quando lhe perguntam na escola se quer participar de um debate (por exemplo)? Acha que ela tomaria uma decisão ou sentiria a necessidade de saber primeiro a opinião dos pais?

A cuidadora reconheceu o impacto da dinâmica familiar atual, nomeadamente a sua agregação sucessiva de responsabilidades e a sua diligência na resolução de problemas sem envolver os restantes elementos da família.

Nesta sequência, os elementos presentes foram questionados, como achavam que eles se podiam sentir mais confiantes e assim mais proativos. O senhor L disse que confiava nas decisões da filha. Ela estava mais informada sobre tudo e assim tudo corria bem. A cuidadora e a sua mãe concordaram que algumas decisões poderiam ser tomadas em família. Pelo menos no que concerne às situações de saúde, a mãe referiu que gostaria de ajudar mais. Partindo desta premissa, partilhou-se informação acerca de formas de comunicação com a USF.

Avaliação do resultado da intervenção

Na segunda consulta, estavam presentes o casal de idosos e a filha, chegando posteriormente da escola ambos os netos. Todos estavam entusiasmados em partilhar a sua visão sobre “o quadro de tarefas”.

As crianças estavam orgulhosas por estarem a cumprir as tarefas com as quais se comprometeram. No entanto, os adultos referem que apenas as crianças estão mais participativas.

A utilidade funcional da narrativa dominante trava o processo de construção de novas dinâmicas familiares. Esta perspetiva foi reforçada pelo facto de, entre a primeira e a segunda consulta, o senhor L ter tido um internamento hospitalar por descompensação da insuficiência cardíaca e renal, tendo ficado mais debilitado.

Durante o tempo do internamento, as crianças tornaram-se bastante participativas, ultrapassando até o que havia sido acordado, ajudavam a avó nas tarefas domésticas e mesmo em relação às suas responsabilidades escolares demonstraram mais iniciativa, surpreendendo muitas vezes a mãe com as tarefas já executadas.

Esta mudança de comportamento foi enaltecida, pegando nas próprias palavras das crianças que referiram sentirem-se felizes por participar. A cuidadora admitiu que, na correria entre o hospital e o domicílio, esta mudança foi fundamental para a sua estabilidade emocional, “senão eu não aguentava”.

A senhora M, que havia demonstrado vontade de incrementar a sua participação nos aspetos relacionados com a saúde, nomeadamente no que concerne ao pedido de receitas à médica de família e acompanhamento do marido nas consultas ao domicílio (dispensando a presença da filha), referiu que a situação do internamento a deixou menos confiante, tem medo de se esquecer de informações importantes. No que concerne ao pedido de receituário, o mesmo ainda não foi necessário, porém considera-se capaz de assumir esta responsabilidade.

Apesar da evolução da participação e envolvimento da família nas atividades familiares, a cuidadora revela ainda uma sobrecarga intensa, segundo a escala de Zarit. Por este motivo, a mesma encontra-se com certificado de incapacidade temporária para o trabalho e retomou acompanhamento com a sua psicóloga.

Foi feito um resumo da evolução do processo familiar, sublinhando as superações, reenquadrando o episódio de internamento como um evento que desafiou a família a mobilizar as suas estratégias de *coping* garantindo assim a sua melhor funcionalidade

No terceiro contato, após intervenção também no âmbito do processo familiar e com acompanhamento da PC por uma psicóloga, a reavaliação da escala de Zarit revelou uma sobrecarga moderada. Denotando continuação da necessidade de intervenção no âmbito da saturação do papel do PC.

Atividade diagnóstica

A relação dinâmica entre os membros da família aparenta ser eficaz e satisfatória para todos os intervenientes. Existem fortes laços sentimentais entre todos, expressado por cada um individualmente. O casal de idosos, a filha e os netos manifestam satisfação relativamente à comunicação “nada fica por dizer e assim resolve-se logo, não há mal-entendidos”.

Por forma a monitorizar a funcionalidade e a satisfação dos membros da família com o ambiente familiar, aplicou-se a Escala do Apgar Familiar de Smilkstein, que avalia a adaptabilidade, parceria, crescimento, afeto e resolução (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve - APGAR), proporcionando assim uma avaliação do suporte familiar percebido pelos seus membros (Smilkstein, 1978; Lima et al., 2015).

Esta família, obtendo um score de 6 na avaliação final, classifica-se como família com disfunção moderada.

Diagnóstico de Enfermagem: Processo familiar disfuncional: interação de papéis não eficaz (saturação) e relação dinâmica disfuncional

Intervenções no âmbito do Processo familiar

Foi sugerido à família que retomasse um ritual que descreveram como prazeroso para todos, a realização de jogos de tabuleiro ao domingo à tarde. A manutenção destes rituais ajuda a fortalecer os laços familiares, reforçando sentimentos de pertença e fomentando a proximidade familiar, bem como promove o alívio do stress (Crespo et al., 2013).

Foi também negociado com a cuidadora que ela investisse uma hora por semana para realizar atividade física. Essa hora seria definida em agenda e comunicada aos restantes membros da família por forma a garantir o seu compromisso. Com a sua concordância, foi comunicado este plano aos familiares presentes na consulta (pais e filhos da cuidadora), que se comprometeram a incentivá-la.

Foi negociada e incentivada a redefinição dos papéis familiares através do quadro de tarefas, que devia ser reavaliado semanalmente, adequando as atividades familiares e relembrando a participação de cada um.

Avaliação do resultado da intervenção

A terceira consulta foi feita telefonicamente, com a cuidadora, por não conseguirmos compatibilizar agendas. A cuidadora havia retomado a sua atividade laboral, em regime de “meio horário”. Referiu que assim tinha tempo para a família e para si sem se sentir

“assoberbada” e que o trabalho a ajuda a não estar somente focada nas necessidades da família. Confirma que tem cumprido a sua hora de atividade física, que ocupa com caminhadas. Refere que por vezes custa, mas a própria família lembra-lhe e muitas vezes são os filhos que quase a “põe fora de casa”. Tem sido um escape muito importante, mas nem sempre fácil de cumprir. A terapia com a psicóloga tem ajudado muito e pretende manter.

O pai tem uma condição de saúde mais estável, mas mais debilitado. O medo constante do agravamento do estado de saúde do pai e de eventualmente “o perder”, admite que estava na origem da sua necessidade de controlo das várias responsabilidades. A terapia ajudou a tomar consciência desta situação e de iniciar um processo de aceitação do que não está no seu controlo. Esta mudança permite-lhe dar espaço à intervenção dos restantes familiares. Através da escala de Zarit, registou-se uma diminuição da sobrecarga associada ao papel de cuidadora, passando de intensa a moderada.

No que concerne ao quadro das tarefas, os filhos perderam o entusiasmo e por vezes é complicado motivá-los, mas “vão cumprindo”. A sua mãe assumiu a responsabilidade dos pedidos de receituário além de estar mais ativa na organização da casa (compras e tarefas domésticas).

Os jogos de tabuleiro ao domingo à tarde tem sido um excelente momento de convívio que mobiliza as 3 gerações. E tem sido uma boa aprendizagem no que concerne a lidar com frustrações, para o filho com trissomia 21.

Aplicando novamente o APGAR familiar de Smilkstein, obteve-se um score de 8, pelo que a relação dinâmica se considera não disfuncional.

A combinação da responsabilidade de cuidar de um idoso dependente e uma criança com trissomia 21 pode levar a uma sobrecarga significativa. Estudos indicam que os cuidadores de múltiplos dependentes têm uma maior predisposição para desenvolver sintomas de depressão, ansiedade e burnout (Schulz & Eden, 2016). A falta de tempo para autocuidado e para a realização de atividades de lazer contribui para o esgotamento físico e emocional.

A necessidade de estar disponível para prestar cuidados contínuos pode interferir significativamente na vida profissional e social do cuidador. A literatura destaca que muitos cuidadores são obrigados a reduzir as horas de trabalho ou abandonar completamente a sua carreira para se dedicarem aos cuidados (Carretero et al., 2015). Esta situação pode levar a

dificuldades financeiras adicionais e a uma sensação de isolamento social, agravando ainda mais o stress do cuidador.

O suporte familiar, a gestão eficaz do tempo, a capacitação para o desempenho do papel e a mobilização de recursos são elementos cruciais para mitigar a sobrecarga do cuidador e promover uma qualidade de vida equilibrada e sustentável.

Para além da intervenção familiar, foi igualmente realizada ao longo do estágio consultas de enfermagem aos membros das famílias individualmente. Assim, do mesmo modo, foi efetuada atividade diagnóstica, identificados os diagnósticos prioritários a intervir e implementadas intervenções de enfermagem que foram devidamente documentadas no aplicativo informático S-clínico, como habitualmente já acontece na prestação de cuidados a estes utentes. Os planos de cuidados implementados a cada membro da família, não foram descurados neste trabalho, muito embora a sua explanação meticulosa neste documento implicaria uma apresentação muito longa e exaustiva de dados. Por este motivo, optou-se por narrar detalhadamente a intervenção dirigida às famílias, uma vez que foram estas as competências que se pretendia desenvolver com este trabalho.

3.1.4. Descrição crítica dos resultados

A avaliação de resultados é um processo contínuo que se fundamenta nos objetivos definidos e dita a reformulação ou adaptação do plano de cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros enfatiza a necessidade de utilizar indicadores mensuráveis na prestação de cuidados de enfermagem, a fim de avaliá-los tanto quantitativa como qualitativamente (OE, 2004). Assim, para avaliar o processo e os resultados alcançados decorrentes da intervenção de enfermagem, foram analisadas indicadores, que se referem à monitorização dos focos de atenção que compreendem as dimensões estrutural e funcional, as taxas de prevalência dos diagnósticos de enfermagem e os indicadores de resultado que evidenciam a alteração do estado do diagnóstico.

As taxas de avaliação das áreas das dimensões estrutural e funcional do MDAIF nas famílias do estudo encontram-se resumidas no quadro 3:

Quadro 3 – Taxas de avaliação das dimensões estrutural e funcional nas famílias do estudo

Dimensão Estrutural	Resultados obtidos (%)
Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100	100%
Dimensão Funcional	Resultados obtidos (%)
Nº. de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados /Nº total de famílias com membro dependente X 100	100%
Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias X 100	100%

Em todas as famílias foi realizada a avaliação de todos os pontos de atenção das dimensões estrutural e funcional do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). É relevante destacar que a preparação antecipada das consultas, o conhecimento prévio partilhado pelo enfermeiro tutor, o facto de estas consultas ocorrerem no domicílio e os anos de experiência profissional foram elementos facilitadores para o êxito desta avaliação, e das consultas de forma global.

Num primeiro momento, o contato com as famílias foi um processo demorado, pelo necessário contacto com o máximo de elementos, de forma a enriquecer a abordagem e para poder criar proximidade e confiança na construção e promoção da relação terapêutica. Este processo de avaliação, auxiliado por medidas e instrumentos de recolha de informação, permitiram identificar o contexto sistémico dos agregados e dessa avaliação identificaram-se para cada família as necessidades de intervenção.

Segue-se no Quadro 4 um resumo das taxas de prevalência dos diagnósticos de enfermagem alterados, isto é, que requerem intervenção de enfermagem, identificados na dimensão estrutural e funcional em todas as famílias do estudo.

Quadro 4 – Taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem alterados na dimensão estrutural e funcional nas famílias do estudo

Dimensão Estrutural	Necessidades de cuidados de Enfermagem (%)
Nenhum diagnóstico alterado	0%
Dimensão Funcional	Necessidades de cuidados de Enfermagem (%)
Nº. de famílias com Papel de Prestador de Cuidados não adequado /Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias com Processo Familiar disfuncional /Nº total de famílias X 100	66,7%

Na dimensão estrutural, a inexistência de problemas pode estar associada a um acompanhamento já existente pelo enfermeiro de saúde familiar e de constituir uma área de intervenção há muito incluída na atenção primária, nomeadamente no que concerne às precauções de segurança e às condições do edifício residencial, no âmbito da prevenção de quedas, mas também o facto de a amostra estar inserida numa “zona residencial privilegiada” (local de residência de classificação 2 na escala de Graffar), que condiciona uma conjuntura positiva de salubridade das habitações.

Na dimensão funcional, verificou-se incidência de necessidades de intervenção no papel de prestador de cuidados em todas as famílias, sendo apenas uma no âmbito do conhecimento do papel (conhecimento sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado) e em todas pela sobrecarga associada ao papel. Duas famílias mostraram uma sobrecarga intensa e, concomitantemente, o processo familiar era também disfuncional. A sobrecarga foi avaliada pela escala de sobrecarga de Zarit e documentada no processo clínico eletrónico através da intervenção “avaliar o stress do prestador de cuidados”, existente no Sclínico.

Apesar dos níveis de sobrecarga (moderado e intenso) que todos os cuidadores demonstraram, os mesmos referiram que pretendiam continuar a assumir o papel e conseguiam enumerar sentimentos positivos e gratificantes associados ao exercício do cuidar.

Não obstante o número reduzido de famílias avaliadas, as suas características corroboram os resultados do estudo publicado por Dixe e Querido (2020), no qual se verificava que a maioria dos cuidadores informais são mulheres (82,9%), vivem com a pessoa cuidada (70,1%), e mais de metade apresentava sobrecarga intensa (57,7%). No entanto, este estudo relacionava o tempo de dependência e a lacuna na preparação para o cuidar como fatores predisponentes para a sobrecarga, sendo omissos para o impacto do processo familiar.

O contributo do enfermeiro de saúde familiar junto de famílias com uma pessoa dependente é avaliado pelo impacto das intervenções de enfermagem e correspondentes ações promotoras da homeostasia familiar. Para avaliar o impacto dessas ações, foram seguidas as indicações de Figueiredo (2012) para uma avaliação dos resultados. Desta forma, os ganhos em saúde obtidos com as famílias verificam-se em mudanças observadas nos juízos diagnósticos e traduzem-se em indicadores de resultado.

No quadro 5 encontram-se os indicadores de resultado/ganhos em saúde obtidos, que se referem aos diagnósticos que foram resolvidos, após as devidas intervenções de enfermagem.

Quadro 5 - Indicadores de resultado

Indicadores	Resultado obtido (%)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados/Nº total de famílias com Papel Prestador Cuidados não adequado x 100	66,7%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em conhecimento do papel /Nº total de famílias com conhecimento do papel não demonstrado x 100	100%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em saturação papel /Nº total de famílias com saturação papel x 100	66,7%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar /Nº total de famílias com Processo Familiar Disfuncional x 100	100%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar /Nº total de famílias com Comunicação Familiar não eficaz x 100	100%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis /Nº total de famílias com Interação Papéis não eficaz x 100	100%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100	100%

Conforme destacado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), a avaliação da qualidade por meio do uso de indicadores padronizados permite que os profissionais e os decisores políticos avaliem o progresso em todos os níveis dos cuidados de saúde.

Tendo em conta esta premissa, a Ordem dos Enfermeiros (OE) elaborou um documento em 2007 delineando diretrizes para a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, considerando as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem como indicador de resultado (OE, 2007). Figueiredo et al. (2012) enfatizam a necessidade de desenvolver um conjunto de indicadores de enfermagem que reflitam o impacto do exercício profissional dos enfermeiros nos ganhos de saúde das famílias.

Relativamente ao “Papel do prestador de cuidados” não foi conseguido alterar o juízo diagnóstico para “adequado” numa das famílias. Todavia, o grau de sobrecarga associada ao papel de cuidador passou de intenso a moderado. A família B apresentava também um processo familiar disfuncional que, graças à intervenção diferenciada no âmbito da saúde familiar, permitiu um incremento do desempenho funcional da família no que concerne à interação dos papéis e à relação dinâmica. De realçar que nesta família, sobrepondo ao papel de prestador de cuidados do familiar dependente, esta cuidadora é também mãe de duas crianças gémeas, uma das quais portadora de Trissomia 21.

As pessoas com Trissomia 21 apresentam necessidades especiais no âmbito da saúde e da aprendizagem, requerendo um acompanhamento profissional multidisciplinar e uma maior exigência do papel parental na superação ou gestão das limitações inerentes à sua condição genética, por forma a fomentar a sua integração em sociedade e a sua funcionalidade social.

De acordo com Barros, et.al. (2017), no seio familiar geralmente são as mães que assumem o papel de cuidador principal da pessoa com trissomia 21, sendo, portanto, mais vulneráveis à sobrecarga emocional, física e financeira, além de restrições nas atividades sociais e de lazer.

Neste sentido, ser cuidador de duas pessoas com dependência potencia os stressores associados à sobrecarga, tendo impacto direto no bem-estar psicológico do cuidador. Estes cuidadores requerem uma maior orientação dos cuidados a prestar, apoio e empoderamento emocional e advocacia no sentido de defender os seus direitos sociais. A par disto, requerem uma monitorização regular de avaliação do seu estado de saúde física e emocional. Cuidadores mais vulneráveis requerem uma equipa multidisciplinar consertada e alinhada nos objetivos e estratégias a implementar.

No geral, o exercício de uma prática de enfermagem diferenciada no âmbito da Saúde Familiar, com recurso ao referencial teórico e operativo MDAIF, centrado na família como unidade de cuidados permitiu uma alteração positiva no estado dos diagnósticos de enfermagem, revelando impacto na superação de necessidades de cuidados identificados nas famílias.

O reconhecimento da complexidade familiar e da sua capacidade de auto-regulação, foi um ponto de partida fundamental para a construção da relação terapêutica. Assim, para além das intervenções explanadas, privilegiou-se também uma comunicação terapêutica, assertiva, ética e empática.

O enfoque do trabalho com as famílias centrou-se na promoção das experiências familiares positivas, na integração das circunstâncias individuais, relacionais e sociais, destacando e celebrando os sucessos, o que levou a uma reavaliação das experiências individuais e relacionais (Rivero, d'Araújo, & Marujo, 2013).

De uma forma abrangente, os resultados apresentados sugerem que as intervenções implementadas correspondiam às necessidades identificadas nas famílias. As competências inerentes ao EEESF foram cruciais para o desenvolvimento e implementação das estratégias, bem como para o sucesso das intervenções colaborativas familiares. Ao considerar a singularidade de cada família, as intervenções promoveram a capacitação global das famílias e dos seus membros individualmente (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Toda a intervenção de enfermagem junto das famílias baseou-se num método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico, envolvendo a recolha de dados sobre cada família para identificação de problemas e formulação de diagnósticos de enfermagem, estabelecimento de objetivos e planeamento de intervenções negociadas com as famílias. Este processo incluiu a consideração dos recursos da comunidade para garantir a estabilidade familiar (Regulamento n.º 126/2011, 2011).

A continuidade e sustentabilidade das intervenções de enfermagem de saúde familiar após o término do estágio são de extrema importância para garantir a manutenção dos ganhos em saúde alcançados. O papel do enfermeiro de saúde familiar torna-se crucial neste processo, atuando como um elo fundamental entre a equipa de saúde e as famílias, assegurando a implementação contínua e eficaz das intervenções iniciadas durante o estágio.

A promoção da participação ativa das famílias na elaboração do plano de cuidados, creio também ter tido impacto no incremento da adesão e a eficácia das intervenções, promovendo

um sentimento de empoderamento que contribui para a sustentabilidade das intervenções no tempo, paralelamente ao acompanhamento atento do enfermeiro de saúde familiar.

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

A competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Família “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” prevista no Regulamento n.º 428/2018 (Diário da República, 2.ª série - N.º 135 de 16 de julho de 2018) desdobra-se em duas unidades de competência: Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família; e Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

Ao longo deste estágio foram desenvolvidas atividades que permitiram o desenvolvimento desta competência. Assim, durante a intervenção realizada com as famílias que foram alvo deste trabalho, mais concretamente na família designada por 3, houve necessidade de articular os cuidados em colaboração interdisciplinar. No caso da família 3, a intervenção implicou a articulação com a médica de família, por sinais de descompensação das doenças crónicas diagnosticadas à pessoa dependente. Neste caso, o trabalho em equipa não só preveniu complicações no estado de saúde do utente como fomentou a relação de confiança entre a família e a equipa de saúde familiar, enaltecendo a complementaridade dos diferentes intervenientes.

De modo a pôr em prática os conhecimentos e competências adquiridas neste estágio e a contribuir para uma maior sensibilização dos enfermeiros de saúde familiar sobre a importância da documentação de cuidados no âmbito da saúde familiar e as melhores práticas para sua implementação, planeou-se uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem da USF.

Inicialmente, entre 20 e 24 de março de 2023 foi efetuada consulta no aplicativo informático Sclínico dos processos clínicos eletrónicos de modo a identificar todos os utentes com o programa “Dependente” inscritos na USF. Posteriormente foi contabilizado o número de famílias com membro dependente com registos de Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos ativos e/ou intervenções, no âmbito do programa “Saúde da Família”, nos últimos 12 meses. Pretendeu-se com isto fazer o ponto de situação relativamente aos registos realizados pela

equipa de enfermagem da USF nas famílias com membro idoso dependente. Os dados recolhidos encontram-se resumidos quadro 6:

Quadro 6 - Resumo de dados extraídos do S-clínico (1º momento de avaliação)

Nº de Utentes Identificados com o Programa de Saúde “Dependentes”	Nº de Utentes dependentes com uma consulta presencial de enfermagem nos últimos 12 meses.	Nº de famílias com pessoa dependente com registo de: Programa Saúde da Família e/ou Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos de enfermagem e/ou Intervenções relacionados com a saúde da família nos últimos 12 meses
249 utentes	149 utentes	10 famílias

De salientar que em apenas 10 famílias, estava aberto o Programa “Saúde da Família” no S-clínico e existiam diagnósticos de enfermagem relacionados com a saúde da família, o que se revela insuficiente, considerando o contexto e a atividade destes enfermeiros.

Considerando este contexto, a 21 de abril foi realizada uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem com o título “*Saúde da Família: documentação dos cuidados no S-Clínico*” (ANEXO 5), que contou com a presença dos orientadores deste relatório, tendo abordado os seguintes conteúdos:

- Apresentação do projeto de estágio II do MECESF;
- Apresentação dos conteúdos:
 - ✓ MDAIF e a sua aplicação no S-clínico;
 - ✓ Dimensões de avaliação familiar e respetivos diagnósticos de enfermagem;
 - ✓ Avaliação e intervenção familiar disponível no S-Clínico;
- Apresentação e discussão de um caso clínico.

Esta ação de formação teve como objetivos:

- Promover a melhoria contínua da qualidade no que se refere ao processo de documentação dos cuidados no âmbito da enfermagem de saúde familiar, nas famílias com membro dependente;
- Promover a utilização das tecnologias de informação e comunicação para dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Estes objetivos desdobraram-se nos seguintes objetivos específicos:

- Promover o envolvimento e a motivação dos membros da equipa de enfermagem para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar;
- Promover uma reflexão das práticas, no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, com recurso a atividade formativa;
- Demonstrar como proceder aos registos no sistema de informação S-Clínico de modo a contribuir para a melhoria dos resultados de saúde familiar;
- Monitorizar os resultados da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar realizada nos utentes dependentes e respetivas famílias.

No final da ação de formação foi lançado o desafio à equipa de Enfermagem de promover a documentação dos cuidados de enfermagem realizados no âmbito da saúde familiar, nas famílias com membro dependente no autocuidado, uma vez que na reflexão sobre as práticas atuais, a equipa da USF concluiu que estes cuidados, apesar de realizados, nem sempre eram documentados na sua totalidade. Deste modo, a equipa daria igualmente resposta a um dos objetivos estabelecidos no projeto de melhoria contínua da qualidade da USF definido para 2023.

Partindo do pressuposto que os registos de enfermagem devem ser rigorosos e completos, eles devem refletir as ações desenvolvidas e os dados apurados. A ausência de registos é associada à ausência de cuidados. Como refere Tareco (2015), a documentação de todos os dados implícitos à prestação de cuidados de enfermagem reveste-se de grande importância, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados se encontra refletida na qualidade dos registos efetuados.

Procurando monitorizar a evolução dos resultados da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar após a formação, realizou-se na semana compreendida entre 5 e 9 de junho um segundo momento de avaliação dos registos realizados pelos enfermeiros cujos resultados se encontram na quadro 7.

Quadro 7 - Resumo de dados extraídos do S-clínico (2º momento de avaliação)

Nº de Utentes Identificados com o	Nº de Utentes dependentes com uma consulta	Nº de famílias com pessoa dependente com registo de: Programa Saúde da Família e/ou Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos de enfermagem e/ou
-----------------------------------	--	--

Programa de Saúde “Dependentes”	presencial de enfermagem nos últimos 12 meses.	Intervenções relacionados com a saúde da família nos últimos 12 meses
249 utentes	149 utentes	28 famílias

3.2.1. Descrição crítica dos resultados

A formação permanente é parte integrante do percurso profissional de um enfermeiro. Em 2006 a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016) assumiu como tomada de posição que a Enfermagem necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação. A mesma estabeleceu como eixo prioritário a formação em enfermagem no desenvolvimento de competências tanto na formação inicial como no contexto da aprendizagem ao longo da vida.

O Decreto-lei 71/2019 de 27 de maio de 2019, no artigo 20º, ponto 1, referente à Carreira de Enfermagem, no âmbito da formação profissional, define que “a formação dos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem assume caráter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projetos de investigação” (pág.30).

Nesta perspetiva, os enfermeiros num processo de formação permanente, podem realizar autoformação, formação contínua e formação em serviço como parte integrante do seu percurso profissional (Marques, 2021).

A ação de formação em serviço desenvolvida na USF, para além de ser uma atividade que contribuiu para o desenvolvimento de competências, teve como finalidade refletir com a equipa de enfermagem sobre as práticas de modo a consciencializar para as mudanças necessárias a adotar, mais concretamente no que diz respeito ao processo de documentação.

Por forma a avaliar o sucesso e o impacto da ação de formação em serviço foram avaliados os seguintes parâmetros de processo e de resultado:

- Percentagem de enfermeiros da equipa que aderiram à ação de formação;
- Número de famílias com membro idoso dependente com registo de: Programa Saúde da Família e/ou Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos de enfermagem e/ou Intervenções relacionados com a saúde da família nos últimos 12 meses, 1 mês após a formação.

Para calcular a percentagem de enfermeiros da equipa que aderiram ação de formação, foi utilizada a seguinte fórmula:

- $\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros presentes (7) / N}^\circ \text{ total de enfermeiros convidados (8) X 100}$

A percentagem de enfermeiros da equipa que aderiram à ação de formação foi de 87,5%. Este resultado reflete uma boa adesão da equipa, bem como sugere o seu interesse em participar na formação em serviço.

Para além deste dado, e como já atrás referido, na semana de 5 a 9 de junho foi novamente avaliado o número de famílias com membro dependente com registo de: Programa Saúde da Família e/ou Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos de enfermagem e/ou Intervenções relacionados com a saúde da família nos últimos 12 meses, sendo o resultado obtido de 28 famílias. Ou seja, houve um incremento de mais 18 famílias com registos realizados no Programa Saúde da Família, comparativamente com o valor inicial que era de 10 famílias.

Apesar do número de famílias com registo no programa de "Saúde da Família" ter aumentado, este número ainda é pouco expressivo face ao número de utentes e famílias identificados no Sclínico com o programa de saúde "Dependentes" da USF, que totalizam 249.

Um dos objetivos do projeto de melhoria contínua dos cuidados, contratualizado pela USF para 2023, foi aumentar a percentagem de avaliação e documentação dos cuidados às famílias com membro dependente, essa avaliação final será feita em dezembro de 2023, pelo que ainda haverá cerca de 6 meses de atividade de enfermagem de saúde familiar, perspetivando-se um valor ainda maior.

A ação de formação desenvolvida foi um momento crucial neste estágio, uma vez que contribuiu para fazer um ponto de situação sobre os registos que a equipa realizava no âmbito do programa "Saúde da família" e para consciencializar os enfermeiros para a necessidade da melhoria dos registos incrementando assim a qualidade da documentação de cuidados e, portanto, as suas práticas.

Neste sentido, reveste-se de particular importância para a prática, a necessidade de encontros formais nas equipas, onde a reflexão sobre as práticas, as experiências e dificuldades vivenciadas, nomeadamente no que concerne aos cuidados de saúde às famílias, possam ser "âncoras" para uma prática de enfermagem de saúde familiar mais avançada em que o enfermeiro especialista poderá ter o papel de dinamizador.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem como objetivo explanar uma reflexão crítica acerca do processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, ao longo do período de estágio, conforme estipulado nos Regulamentos n.º 140/2019, (2019) e n.º 428/2018, (2018) da Ordem dos Enfermeiros.

De acordo com Le Boterf (2006), a competência profissional implica a habilidade de adaptar os recursos disponíveis ao contexto, a fim de alcançar os objetivos estabelecidos. Estes recursos incluem tanto os conhecimentos individuais como os recursos externos, os quais são mobilizados e combinados de acordo com a situação, balizados pelas suas qualificações. Em outras palavras, o profissional competente aplica o seu conhecimento e experiência de forma a atingir os objetivos e resultados desejados. Além disso, para este autor, o profissional competente é capaz de se distanciar e refletir sobre a sua prática, analisando-a criticamente com o intuito de melhorá-la.

Este relatório constitui uma importante ferramenta de reflexão sobre as aprendizagens que ocorreram no estágio e que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas da enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar.

No perfil de competências específicas do EEESF, inclui-se a responsabilidade de cuidar a família como uma unidade de cuidados e liderar e colaborar nos processos de intervenção no domínio da enfermagem de saúde familiar. Isto implica o reconhecimento de situações complexas e a formulação de respostas adequadas aos processos globais envolvidos no desenvolvimento familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018). O investimento nesta área específica do conhecimento em Enfermagem é crucial para capacitar as famílias nos seus processos de desenvolvimento vital e de saúde-doença, enquanto contribui para a evolução de novos modelos de prática profissional na enfermagem.

Este percurso académico permitiu o desenvolvimento de atividades e estratégias com o objetivo de “Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no cuidar das famílias com pessoa idosa dependente”. De acordo com o previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são competências Comuns (Regulamento n.º 140/2019):

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;

c) Gestão dos cuidados;

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante o estágio, as consultas de enfermagem foram pautadas de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Em todos os momentos, a tomada de decisão sobre a transmissão de informação e a realização de intervenções foi assegurada de acordo com princípios, valores e normas deontológicas. Desta forma, foi sempre assegurado o respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação, identificadas situações de risco, implementadas medidas de prevenção e adotadas condutas antecipatórias, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade dos utentes (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A gestão circular da informação familiar respeitou os limites e preferências de cada elemento da família, atendendo também ao impacto na unidade familiar, através de uma comunicação clara e empática e de uma postura mediadora e promotora da autonomia e do empoderamento familiar.

Com o intuito de promover a melhoria contínua da qualidade, foi implementada uma ação de formação direcionada à equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar (USF). Esta iniciativa visava sensibilizar os enfermeiros da equipa para a necessidade de otimizar e incrementar a documentação dos cuidados prestados às famílias com pessoas idosas dependentes no autocuidado. A identificação da necessidade formativa da equipa no que diz respeito à realização adequada de registos no Programa "Saúde da Família", utilizando o aplicativo informático Sclínico, e a avaliação do impacto desta formação, expressa pelo aumento dos registos realizados pelos enfermeiros, foram passos essenciais que conduziram a alterações na prática clínica dos profissionais desta unidade. Além disso, esta atividade permitiu-me aplicar conhecimentos e competências com o intuito de contribuir ativamente para o projeto de melhoria contínua da qualidade da USF, e simultaneamente favoreceu o desenvolvimento das minhas competências enquanto formadora em contexto de trabalho.

A gestão dos cuidados dirigidos às famílias com pessoa idosa dependente visou aprimorar o processo de cuidados em termos de tomada de decisão. Reconhecer os limites do papel e das competências profissionais sempre que os cuidados ou as necessidades individuais e familiares exigiam um nível de perícia diferente, resultou no encaminhamento para outros profissionais e/ou equipas de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), assegurando assim a

segurança e qualidade, numa abordagem colaborativa que envolveu uma utilização eficaz de recursos internos e externos à família.

Foram também desenvolvidas atividades que permitiram “Desenvolver competências específicas de enfermeira especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar no cuidar das famílias com pessoa idosa dependente”. De acordo com o Regulamento nº 428/2018, são competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar:

- a) Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- b) Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Ao longo do estágio, foram desenvolvidos processos de avaliação e intervenção às famílias, considerando tanto a unidade familiar como as necessidades individuais de cada membro de forma personalizada. Durante este processo, foi possível identificar as experiências vivenciadas pelas famílias, tendo em conta a situação de dependência de um dos seus elementos, e os desafios inerentes a esta condição.

Protagonizou-se uma mudança no paradigma do cuidar, do indivíduo para a família e a família como unidade de cuidados transcendendo a premissa da família como contexto de cuidados. Para alcançar esta competência, foi necessário aprofundar um vasto leque de conhecimentos que englobaram o pensamento sistémico, transições familiares e processos adaptativos à doença, a avaliação e intervenção sistémica em enfermagem de saúde familiar, aprimorando paralelamente a aplicabilidade destes saberes às dinâmicas familiares. Esta aprendizagem proporcionou a base necessária para implementar práticas de cuidados mais eficazes, focados na promoção da saúde familiar e individual dos seus membros.

A avaliação da unidade familiar foi conduzida utilizando um referencial sistémico, orientando tanto a recolha de dados como o planeamento das intervenções direcionadas à família. A utilização do MDAIF permitiu identificar e reconhecer o sistema familiar como uma entidade complexa e promotora da saúde dos seus subsistemas, e consequentemente, da sua saúde global (Figueiredo, 2012). A compreensão da funcionalidade familiar resultou na formulação de diagnósticos alinhados com as dificuldades enfrentadas pela família (Hanson, 2005),

possibilitando intervenções específicas em cada caso, com o objetivo de promover a autonomia da família na consecução dos seus objetivos, respeitando a sua disponibilidade e perspectiva.

Numa lógica colaborativa, foi possível envolver as famílias nos processos de tomada de decisão e na definição de estratégias e prioridades, bem como na implementação de intervenções integradas no seu quotidiano. Desta forma, as famílias constituíram-se protagonistas dos seus processos de construção de saúde, reconhecendo as suas forças e utilizando-as como recursos para a intervenção, trabalhando assim o seu empoderamento. Enquanto mediadora e facilitadora deste processo, foi-me possível legitimar a coexistência de forças e fragilidades perante os desafios familiares (Dunst, 2017).

A especificidade do acompanhamento de famílias com uma pessoa idosa dependente no autocuidado, permitiu-me aprofundar o conhecimento relativo aos processos de transição inerentes a esta conjuntura. Paralelamente à transição saúde-doença do familiar dependente, o prestador de cuidados vivencia uma transição de papéis, não só para o desempenho do novo papel, como no reajuste dos papéis familiares já existentes (Figueiredo, 2023). No caso das famílias alargadas, este reajuste envolvia não só o prestador de cuidados, como os restantes membros da família, sublinhando, sobretudo nestes casos, a importância de um processo familiar não disfuncional (especialmente no que concerne à comunicação, interação de papéis e relação dinâmica).

O exercício de cuidar implica a responsabilidade sobre a gestão do bem-estar do familiar dependente, seja no âmbito do autocuidado, do apoio material, informativo e emocional (Figueiredo, 2023). No reequilíbrio das necessidades familiares, foi frequente observar atitudes de abnegação no que concerne às necessidades pessoais dos cuidadores. Muitas vezes, ofuscados por um sentimento de culpa, verificou-se um défice de atividades de lazer, isolamento social, tendência para negligenciar a própria saúde, bem como a expressão de ansiedade e tristeza.

Foram reconhecidas duas dimensões de sobrecarga dos prestadores de cuidados: a objetiva, associada à soma das atividades realizadas pelos cuidadores e a subjetiva, associada ao impacto emocional do ato de cuidar (Figueiredo, 2023).

A sobrecarga associada ao papel de prestador de cuidados, observada nas famílias diretamente envolvidas neste percurso, foi, no entanto, acompanhada da descrição de sentimentos positivos relacionados com o processo de cuidar, como maior conexão com o familiar dependente,

reconhecimento pela restante família, sentir que é gratificante poder ajudar, o que implicou, em todos os casos, uma forte motivação na continuidade do exercício do papel.

A minha atuação foi no sentido de promover, junto das famílias, o equilíbrio entre a prestação de cuidados e as necessidades que advinham do desempenho de outros papéis na família e nos subsistemas envolventes, procurando sinergias entre os recursos internos e externos à família. A validação das necessidades pessoais do cuidador, bem como, trazer a consciencialização das mesmas para o sistema familiar, permitiu atenuar sentimentos de culpa e criar um ambiente seguro para a exposição de sentimentos. Para tal, foi fundamental a aplicação da entrevista familiar sistémica. Tendo a família como unidade de diagnóstico e intervenção, este tipo de entrevista constitui-se um processo terapêutico interpessoal com foco nos processos relacionais e discursivos e nas potencialidades do sistema familiar, para a construção de novos sentidos e novos significados (Figueiredo, 2023).

Tendo em conta as características, as necessidades e as expectativas das famílias, foram adequadas a cada momento do processo terapêutico diversas técnicas de intervenção, nomeadamente o reenquadramento, a conotação positiva, os rituais terapêuticos, a metáfora e a entrevista motivacional, explanadas no capítulo anterior.

O estágio proporcionou as condições necessárias para a proficiência na aplicação destas técnicas. Pela falta de familiaridade com a prática das mesmas, senti necessidade de reforçar o estudo e treino previamente às consultas, sentindo-me então mais confiante na melhor adequação das técnicas de intervenção à realidade familiar. Estas técnicas condicionaram positivamente o sucesso das intervenções, revelando um forte impacto nas famílias, por feedback positivo direto (observado ou verbalizado pelos intervenientes) e pela evolução dos juízos dos diagnósticos.

Não obstante a temática escolhida, destaco que este trabalho deu ênfase ao processo familiar, não limitando a atenção apenas ao papel do cuidador ou às necessidades da pessoa dependente.

No que concerne aos indicadores de resultado importa referir que, não foram definidas metas a atingir no início da intervenção, dado que este foi um trabalho académico, restrito no tempo e com uma amostra pequena.

Tendo em consideração as informações apresentadas, e analisando os contextos, os diagnósticos identificados, as intervenções implementadas e os resultados alcançados,

considero que desenvolvi competências específicas associadas à EEESF. Os ganhos em saúde observados decorrem das intervenções sistêmicas, holísticas e integradas que foram realizadas.

Transversalmente a todo o desenvolvimento de competências foi fundamental uma atenção especial no âmbito da comunicação terapêutica, na sua amplitude verbal, não verbal e proxêmica, de forma personalizada e empática, pautada pelo respeito e pela escuta ativa, para a construção de uma forte relação terapêutica com as famílias que constituiu o mote para o sucesso das intervenções desenvolvidas. Lambert (2013) destaca que "a qualidade da comunicação entre profissional e o utente tem um impacto significativo nos resultados terapêuticos". Ele enfatiza a importância da comunicação empática e colaborativa na promoção da mudança e no alcance dos objetivos terapêuticos.

Segundo Benner (2001), o modelo 'de Iniciado a Perito' descreve uma trajetória evolutiva na qual os enfermeiros passam por cinco níveis de competência: iniciado, avançado iniciado, competente, proficiente e perito/especialista. Benner argumenta que o desenvolvimento de competências clínicas e o crescimento profissional decorrem da prática e da reflexão sobre essa prática. Ao longo do tempo, os enfermeiros avançam nesses níveis à medida que ganham experiência. Neste sentido, as vivências práticas, fundamentadas na evidência, proporcionadas por este estágio, aliadas a um processo reflexivo contínuo da aprendizagem permitiram a alcançar as competências necessárias enquanto EEESF.

Saliento que a minha experiência prévia enquanto enfermeira de família constituiu um fator coadjuvante ao processo de desenvolvimento de competências, na medida em que uma melhor compreensão do contexto clínico e organizacional, bem como das dinâmicas interprofissionais e das políticas de saúde favoreceu uma abordagem mais eficaz as necessidades identificadas.

De acordo com Pires et al. (2015), a experiência profissional prévia é um recurso valioso para os enfermeiros que buscam especialização, pois proporciona uma base sólida de conhecimento clínico e habilidades práticas que podem ser aplicadas e aprofundadas na sua área de especialização. Eles destacam que os enfermeiros com experiência prévia têm uma compreensão mais abrangente das necessidades dos utentes e das complexidades da prática clínica, o que pode facilitar a transição para o papel de especialista.

É relevante salientar que, embora os objetivos estabelecidos tenham sido orientados para o desenvolvimento das competências do EEESF no contexto da prática clínica, todas as funções inerentes ao enfermeiro generalista foram pautadas por práticas de qualidade. Durante o

estágio, foi realizado o processo de enfermagem tanto para as famílias quanto para as pessoas que as integram. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem centrados no indivíduo, foram identificadas as suas necessidades, formulados diagnósticos (como a não adesão à vacinação, potencial para melhorar os conhecimentos sobre regime medicamentoso, potencial para melhorar os conhecimentos sobre gestão do regime terapêutico, entre outros), planeadas e implementadas intervenções (administração de vacinas, monitorização de parâmetros vitais, tratamento de feridas, entre outras), e avaliados os resultados alcançados.

No que diz respeito à segunda competência, a realização da ação de formação desenvolvida, permitiu discutir com a equipa de enfermagem refletindo sobre as práticas na unidade concluindo o seguinte:

- A documentação dos cuidados de enfermagem deverá ter como alvo dos cuidados a “família” e não apenas o indivíduo;
- A documentação dos cuidados nas famílias com pessoa idosa dependente era reduzida, tendo em conta o número de famílias com idoso dependente inscritas na USF, não traduzindo o trabalho realizado pelos enfermeiros com as famílias;
- Não estavam a ser utilizadas pela equipa as tecnologias de informação e comunicação para uma maior e eficaz documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família.

O planeamento, desenvolvimento e avaliação da ação formativa tiveram um contributo importante para desenvolvimento de práticas de qualidade na medida em que deu resposta a um dos itens do projeto de melhoria contínua da qualidade em curso na USF no ano de 2023. A promoção de uma cultura organizacional, de formação e de prática contribuiu para a melhoria de resultados, contribuindo diretamente para os resultados do referido projeto. Para além disso, a utilização da informação documentada pela equipa de enfermagem permitirá, futuramente, avaliar os resultados obtidos pelas famílias sob a forma de indicadores.

Atualmente, os Cuidados de Saúde Primários dispõem de uma plataforma, denominada BICSP (Bilhete de Identidade do Cuidados de Saúde Primários) que disponibiliza informação que permite caracterizar e monitorizar todas as Unidades Funcionais dos CSP, qualificando o seu desempenho, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e melhoria contínua. A visibilidade da evolução do desempenho assistencial de uma unidade é feita com recurso a indicadores, cujas metas são anualmente contratualizadas pelas unidades. Apesar desta

ferramenta estar a ser utilizada desde 2018, ainda não estão incluídos na contratualização com as unidades, indicadores do âmbito da enfermagem de saúde familiar, pelo que este pode ser um dos motivos pelo qual a documentação dos cuidados nesta área ainda não seja uma prática habitual dos enfermeiros de saúde familiar.

Esta reflexão não poderia estar concluída sem abordar também os aspetos menos facilitadores deste percurso de aprendizagem. Neste sentido, saliento a dificuldade em conciliar a minha atividade profissional com a realização do estágio, conduzindo a uma sobrecarga pessoal e familiar inevitáveis. Infelizmente, na profissão de enfermagem em Portugal, não é concedida redução de horário para a formação especializada, gastando tempo que é retirado às atividades sociais e familiares, acarretando, por vezes, prejuízos pessoais e familiares.

Esta reflexão crítica sobre o meu percurso de aprendizagem ao longo do estágio, permitiu-me consciencializar os processos inerentes ao meu crescimento profissional e pessoal, que advieram da superação dos desafios encontrados, e dos quais resultaram uma evolução sustentada da minha prática clínica, considerando, assim, ter desenvolvido competências específicas enquanto EEESF.

CONCLUSÃO

A redação deste relatório de estágio sintetiza o prosseguimento de um percurso formativo alinhado com o desenvolvimento de competências na área especializada de Enfermagem de Saúde Familiar. Além disso, desempenha o papel de instrumento reflexivo sobre a prática clínica.

A realização do estágio contribuiu para o crescimento pessoal, acadêmico e profissional, aprofundando os conhecimentos teóricos alicerçados no estudo da Saúde Familiar e aprimorando habilidades para a mobilização eficiente de conhecimentos e atitudes para a prática clínica com as famílias.

O campo de estágio proporcionou uma compreensão mais profunda do sistema familiar, tanto na avaliação, quanto na capacidade de intervir em momentos desafiantes do desenvolvimento das famílias. O treino continuado da avaliação e intervenção familiar por meio da entrevista familiar sistêmica, bem como a interação com os enfermeiros e restantes profissionais da USF, envolvidos no processo de ensino e aprendizagem, permitiu a consolidação da minha identidade profissional enquanto enfermeira de saúde familiar.

A mudança de paradigma necessária para o cuidado ao sistema familiar foi um dos desafios da abordagem sistêmica. A utilização do MDAIF, desenvolvido por Figueiredo (2012), revelou-se um recurso excelente para dinamizar práticas de avaliação e intervenção específicas no sistema familiar, de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. As aplicações dos instrumentos de avaliação familiar permitiram caracterizar as famílias e definir diagnósticos que orientaram os estudos de caso e a elaboração dos planos de cuidados. Os diagnósticos de enfermagem identificados, através de conhecimento científico adequado ao cuidado à família, fundamentaram as intervenções desenvolvidas e a análise dos resultados obtidos, centrando os cuidados de enfermagem na família como cliente. Foram aprimoradas habilidades de comunicação para intervir nos problemas identificados em cada família, potencializando as suas competências, forças e os recursos internos dos indivíduos e da família e dos parceiros da comunidade, numa abordagem colaborativa em prol da saúde familiar.

Concomitantemente ao trabalho desenvolvido com as famílias, a execução da ação de formação em contexto de estágio desempenhou um papel crucial ao integrar um dos componentes do projeto de melhoria contínua da qualidade implementado na USF, durante o ano de 2023, o que

contribuiu de forma direta para os resultados alcançados neste projeto. Além disso, propiciou uma reflexão conjunta com a equipa, visando sensibilizá-la para a importância da aprimoração da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. A eficácia da formação foi avaliada, evidenciando-se um aumento significativo no número de registos efetuados pela equipa no contexto da “Saúde familiar” em famílias com pessoa idosa dependente.

Esses resultados revestem-se de relevância particular na prática de enfermagem, visto que a informação documentada pela equipa possibilitará, num futuro próximo, a avaliação dos resultados obtidos pelas famílias através de indicadores que poderão ser integrados no processo de contratualização com as unidades de saúde.

Na realidade, a monitorização da atividade de enfermagem no âmbito da saúde familiar através da inclusão de indicadores específicos em sede de contratualização, para os cuidados de saúde no SNS, com os respetivos incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência, constituiria, na minha perspetiva, e paralelamente à formação em serviço, um importante mote para uma melhor documentação dos cuidados de saúde às famílias, por parte dos enfermeiros de saúde familiar em geral.

Com base nas experiências vivenciadas, foram identificadas implicações e recomendações relevantes. É imperativo aprofundar a investigação sobre a abordagem sistémica e a utilização do MDAIF, visando uma prática fundamentada em evidências sólidas na Enfermagem de Saúde Familiar (ESF). Embora o colégio da especialidade atualmente preconize os modelos de avaliação e intervenção familiar de Calgary, o MDAIF deriva destes e tem já uma forte representação junto dos enfermeiros portugueses.

A mudança no paradigma de cuidar das famílias requer mais enfermeiros especialistas nesta área. Portanto, é essencial promover a formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar para os enfermeiros que desempenham funções em Unidades de Saúde Familiar (USF), através de políticas de valorização que permitam integrar o tempo de formação no horário de trabalho, à semelhança do que ocorre em outras classes profissionais no país ou em programas de formação profissional de outros países europeus, e que sejam cofinanciadas, mitigando assim o impacto negativo na vida dos profissionais que desejam aprimorar o seu conhecimento e diferenciação na área.

Gostaria ainda de salientar que, a título pessoal, não obstante as dificuldades sentidas para a consecução deste processo de desenvolvimento de competências, é extremamente gratificante

o trabalho centrado nas famílias, quer na evolução do processo em si e as sinergias criadas na potencialização dos recursos, quer no impacto dos ganhos em saúde verificados em todos os intervenientes.

À luz do exposto, o trabalho realizado culminou na consecução dos objetivos estipulados inicialmente, proporcionando a aquisição de competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, no domínio da enfermagem de saúde familiar, especialmente no cuidado às famílias com pessoa idosa dependente. Acredito que este percurso de aprendizagem e desenvolvimento reforçou a base sólida da minha formação e o meu contínuo compromisso com a excelência na prestação de cuidados de enfermagem de saúde familiar, pautado pela dedicação, pela ética e pelo profissionalismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcon, M. F. S., Cardoso, B. C., Ala, C. B., Damaceno, D. G., Sponchiado, V. B. Y., & Marin, M. J. S. (2022). Elderly victims of violence: family assessment through the Calgary model. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 43(Rev. Gaúcha Enferm., 2022 43). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200218>
- Araújo, C. (2014). *Percepção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/107967.pdf>
- Augusto, C., Araújo, R. F. (2014). Adaptation and validation of the Inventory of Family Protective Factors for the Portuguese culture. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6): 1001-1008. Doi:10.1590/0104-1169.3315.2509.
- Ayres, L. (2000). Narratives of family caregiving: the processo f making meaning. *Research in Nursing & Health*, 23: 424-434.
- Barros, A. L. O., Barros, A. O., Barros, G. L. de M., & Santos, M. T. B. R. (2017). Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3625–3634. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.31102016>
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Em D. W. Prichard (Ed.), *Aprendendo com a experiência: a prática da enfermagem baseada em evidências* (pp. 13-34). Churchill Livingstone.
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos Tipos de Família - Plano de Cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2015). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 74-79.
- Couto, A. M., Caldas, C. P., & Castro, E. A. (2018). Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 959-66. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0105>
- Crain, M. (2016). *The Family Map: Understanding the Social Context of Families*. Oxford University Press.

- Crespo, C., Santos, S., Canavarro, M. C., Kielpikowski, M., Pryor, J., & Féres-Carneiro, T. (2013). Family routines and rituals in the context of chronic conditions: A review. *International Journal of Psychology*, 48(5), 729-746. doi: 10.1080/00207594.2013.806811
- Crespo-López, M., & López-martínez, J. (2007). *El Estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf
- Dixe, M., & Querido, A. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência, V Série(Nº 3)*. <https://doi.org/10.12707/rv20013>
- Dunst, C. J. (2017). Research Foundations for Evidence-Informed Early Childhood Intervention Performance Checklists. *Education Sciences*, 7(4). Doi: 10.3390/educsci7040078.
- Ellis, K. K., Anderson, K. M., & Spencer, J. R. (2015). The Living Family Tree: Bridging the Gap Between Knowledge and Practice in a Family Nurse Practitioner Program. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(5), 487–492. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.03.014>
- Elsen, I. (2002) - Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen, I; Marcon, S. S.; Santos, M. R. dos (Orgs.). *O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, pp.11-24
- Ferreira, L. (2017). Avaliação da implementação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar num agrupamento de centros de saúde da região norte. Tese de mestrado em enfermagem comunitária. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, L., Costa, A., & Silva, M. (2018). Efeitos da música terapêutica na saúde mental de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(1), 58-68.
- Ferré-Grau, C., Casado, M. S., Cid-Buera, D., Lleixà-Fortuño, M., Monteso-Curto, P., & Mercadal-Hally, M. (2014). Effectiveness of problem-solving technique in caring for family caregivers: A clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain). *Journal of Clinical Nursing*, 23(1-2), 288-295.

- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Família - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa, Lusodidacta.
- França, J. (2010). Saúde mental e necessidades nos cuidadores de familiares com dependência. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.) Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.
- Freire, R. M. A., Martins, T., Peixoto, M. J., Puga Machado, P. A., & Vilela, C. (2021). Programas de intervenção para familiares cuidadores de pessoas dependentes. *Autocuidado : Um Foco Central Da Enfermagem*, 59–70. <https://doi.org/10.48684/sxd1-y587>
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., & Langlois, J. (2018). Care coordination within the context of long-term care. *Journal of Aging and Health*, 19(5), 707-727.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2017). *Family Therapy: An Overview*. Cengage Learning
- González, J., Navarro, V., & Pérez, P. (2016). A importância das atividades lúdicas na prevenção da depressão em idosos. *Psicologia e Saúde*, 8(2), 79-85.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed) Loures: Lusodidacta.
- Hanson, S. M., & Kaakinem, J. R. (2005). Fundamentos Teóricos para a Prática de Enfermagem de Família. Em S. M. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Loures: Lusociência.
- Henriques, C. M., & Santos, E. J. (Out /Nov /Dez de 2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), pp. 31-40. doi:10.12707/RIV19077
- Hoffmann, F. & Rodrigues, R. (2010). Informal carers: who takes care of them? Policy Brief (April 2010) – European Center for Social Policy and Research.
- INE - Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente - 2018-2080*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2022). *População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e*

Idade; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

- Kaplan, G. (2015). Economic and cultural influences on the return of adult children to the parental home. *Social Science Research*, 51, 292-302
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 861–866. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019>
- Lambert, M. J. (2013). Escalas de Feedback de Resultados e Aliança Terapêutica: Uma Passagem para o Futuro [Result Feedback Scales and Therapeutic Alliance: A Passage to the Future]. In: A. Gonçalves & C. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. 2, pp. 47-74). Climepsi Editores
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Reflexão RH*, 60-63. [http:// www.guy leboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf](http://www.guy-leboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf)
- Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I Série, n.º 151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Lima, R. A. S., Silva, V. L. da, & Guedes, T. G. (2015). Avaliação do apoio familiar com o uso do Apgar familiar. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9(3), 7095-7101.
- Lins, A. M., Oliveira, P. R., & Souza, C. R. (2018). Family support in the context of elderly caregiving: The role of communication and relationship quality. *Geriatric Nursing*, 39(2), 157-163.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Marques, M. (2021). *A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica*. (Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade do Minho). Repositório da Universidade do Minho <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76449/1/TESE%2bMARTA%2bSUSANA.pdf>
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Melo, P., Figueiredo, M. H., Silva, S., Charepe, Z., Oliveira, P., & Vilar, A. I. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Investigar a transformação nas práticas com as famílias. Em J. e. n Carvalho (Ed.), Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família. (p.281). Porto: ESEP.
- Melo, R., Rua, M., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M. (2021). Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(1), 61–73. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119>
- Mendes, P. N., Fortes Figueiredo, M. L., Santos, A. M., Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94. doi.org/10.1590/1982-0194201900012
- Mitchell, B. A., & Gee, E. M. (2016). ‘Boomerang kids’ and mid-life parental marital satisfaction. *Family Relations*, 65(4), 616-628
- Moimaz, S. A., Fadell, C. B., Yaridl, S. D., & Dinizl, D. G. (2011). Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(16), pp. 965-972.
- Oliveira, P., Figueiredo, H., Leite, C., & Apóstolo, J. (2017). As práticas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na avaliação familiar: contributos do processo formativo sobre o MDAIF. Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: Livro de Comunicações, pp. 50–54.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de posição em enfermagem. Ordem dos Enfermeiros <https://www.ordemenfermeiros.pt/.../tomada-de-posição-sobre-investigação-em-enfermagem>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de

Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem Dos Enfermeiros, pp. 1–2.

Organização Mundial de Saúde (2022). World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.

Organização Mundial de Saúde (2022). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados em saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>

Orem D. E. Taylor S. G., Renpenning K. M. L. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Pascoal, M. M., & Souza, V. d. (2021). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), 536-553. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1408>

Piercy, K. W. (2010). Understanding family dynamics. In K. W. Piercy (Ed.), *Working with aging families* (pp. 41-72). New York: W.W. Norton & Company

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2017). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.

Pires, A., [et al.]. (2015). A importância da experiência profissional prévia na especialização em enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 20(3), 45-58.

Regulamento n.º 126/2011. (18 de 2 de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º*

35/2011, Série II, 8660-8661. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/3477015/details/maximized>

Regulamento n.º 190/2015. (23 de 04 de 2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República n.º 79/2015, Série II*, pp. 10087-10090.

Regulamento n.º 367/2015. (29 de 06 de 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 124/2015, Série II*, pp. 17384-17391. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/67626811/details/maximized>

Regulamento n.º 428/2018. (16 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 135/2018, Série II*, 19354-19359.

Regulamento n.º 140/2019. (06 de 02 de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II*, pp. 4744 - 4750.

Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à Terapia Familiar*. Coimbra: Quarteto.

Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27–36. <https://doi.org/10.1016/J.RPSP.2013.07.001>

Rivero, C., d'Araújo, M. A., & Marujo, H. A. (Dez de 2013). Moral e felicidade: Possibilidades para uma Sociedade Equifeliz. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade.*, 3(2), pp. 229-246.

Santos e Vilhena, M. E. T. (2021). O respeito pelo cuidador informal. In L. Melo (Eds.), *Lite-racia em saúde, um desafio emergente - O Poder e a dimensão do cuidador informal no sistema de saúde*. (pp. 27-31). https://www.chuc.min-saude.pt/media/Lite-racia_Saude/coletaneall.pdf

Schulz, R., Eden, J., Committee on Family Caregiving for Older Adults, Board on Health Care Services, Health and Medicine Division, & National Academies of Sciences, Engineering,

- and Medicine (Eds.). (2016). *Families Caring for an Aging America*. National Academies Press (US).
- Schulz, R., & Eden, J. (2016). *Families caring for an aging America*. Washington, DC: National Academies Press
- Schumacher, K. L., Meleis, A. I. (1994). Transitions: a Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2): 119-127.
- Schumacher, K. L.; Stewart, B. J. & Archbold, P. G.; Dodd, M. J. & Dibble, S. L. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Referência- Revista de Enfermagem*. nº 12. p.9-16
<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239959003.pdf>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. & Carvalho, J. C. (2016). Entrevista Familiar. In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 262-264). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2020). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2.ª Edição (reimpressão), Lisboa: Lidel
- Serviço Nacional de Saúde¹ (SNS). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - Caracterização da USF Faria Guimarães, consultada em 22.12.2022, disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10019/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde² (SNS). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - Plano de ação da USF Faria Guimarães/Carta de compromisso - 2022, consultada em 22.12.2022, disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde³ (SNS). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - População inscrita na USF Faria Guimarães, consultada em 22.12.2022, disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10019/Pages/default.aspx>
- Shyu, Y-I. L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of advanced Nursing*, 32(3): 619-625.

- Silva, R. (2013). Avaliação do Impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Vila Franca do Campo. Tese de mestrado. Universidade de Coimbra.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239
- Smith, J., Robertson, J., & Castle, N. (2017). Social interaction and quality of life in older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 60(7), 412-431
- Sousa, F. G., Barbieri-Figueiredo, M. C., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa Em Saúde*, 11(1), 60–63. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33604>.
- Sun, Q., Bai, M., Li, Y., e Tian, C. (2021). The relationship between resilience, psychological capital and burden in primary family caregivers of cancer patients: A cross-sectional study. *European Journal of Cancer Care*, 30(1), e13340
- Tareco, E.S.R. (2015). *Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Revisão Sistemática*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Economia - Universidade do Algarve). Faro. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7670/1/TESE%20FINAL.pdf>
- Tavares, C., Almeida, S., & Pinto, A. (2019). Abordagens centradas na pessoa em atividades recreativas para idosos. *Journal of Aging & Social Policy*, 31(4), 297-312.
- Teixeira, E., Pereira, M. G., Resende, M., e Nogueira, P. C. (2017). Sobrecarga e qualidade de vida em cuidadores de doentes com cancro. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 527-542
- Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L. A., & Fernandes, M. H. (2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 39-44
- Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L. A., Fernandes, M. H., & Xavier, T. T. (2010). Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(1), 19-30.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. Roca.

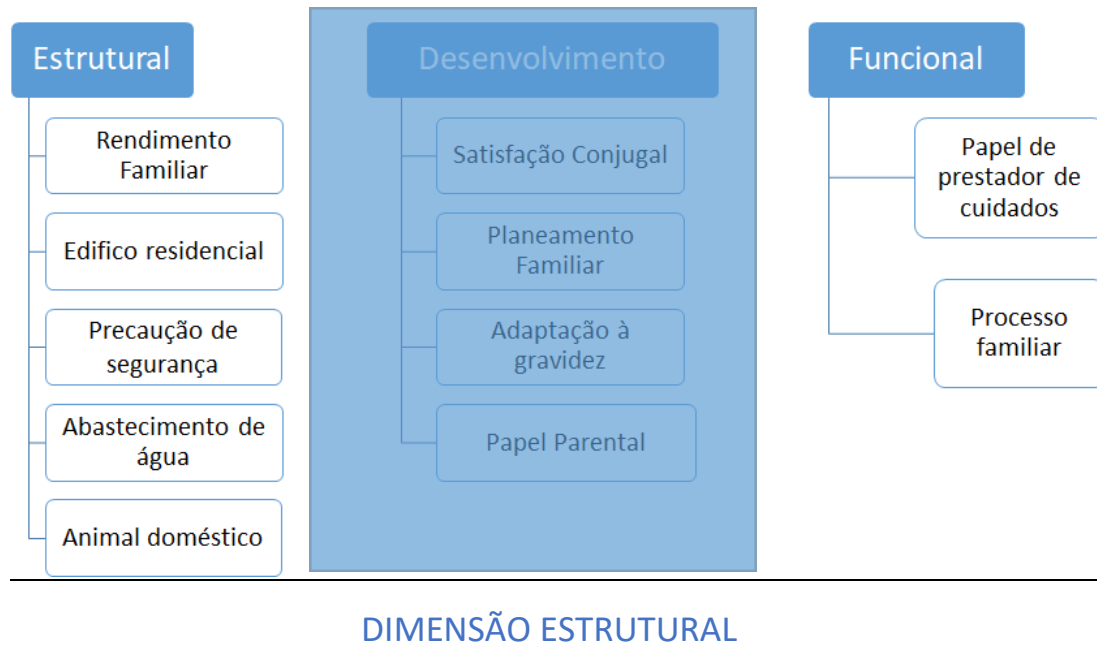
- Zarit, S. H. (2019). Family caregiving: Research and clinical intervention. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 38(1), 147-171
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133-142.

ANEXOS

ANEXO 1

(Formulário de recolha de dados das famílias)

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



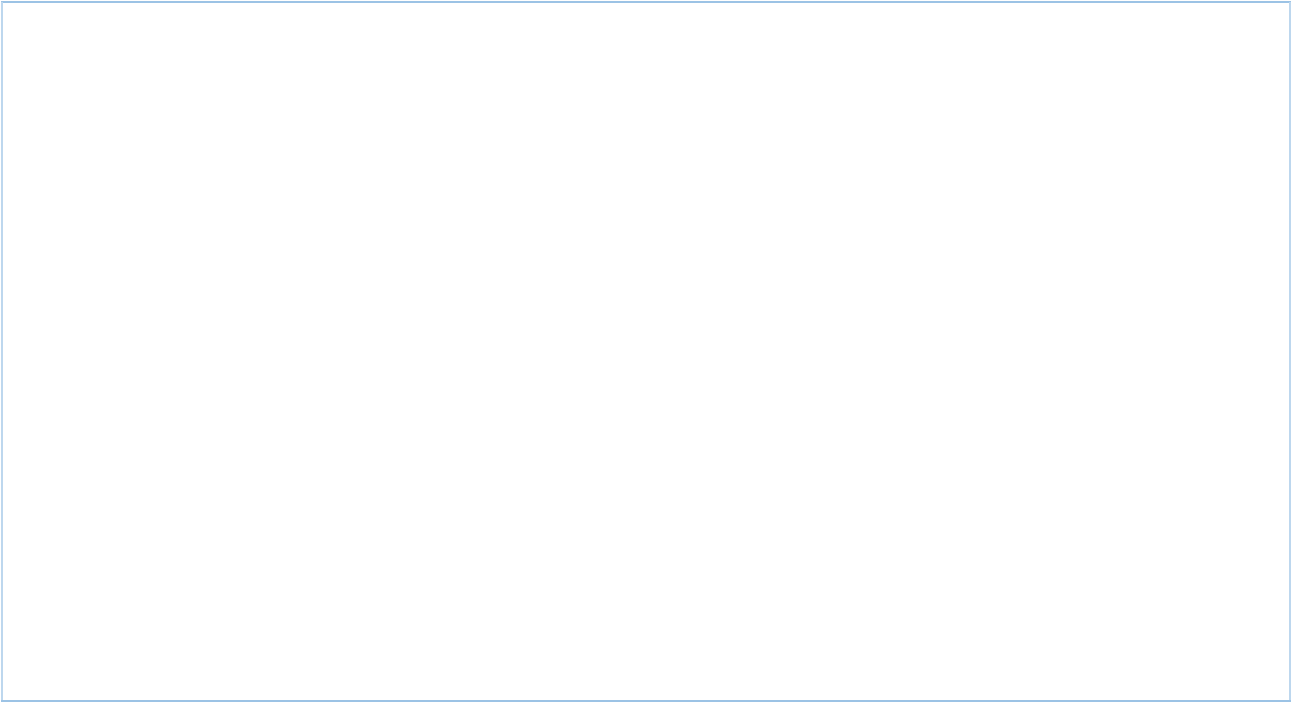
Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

Área reservada para a elaboração do Genograma (Composição da Família).

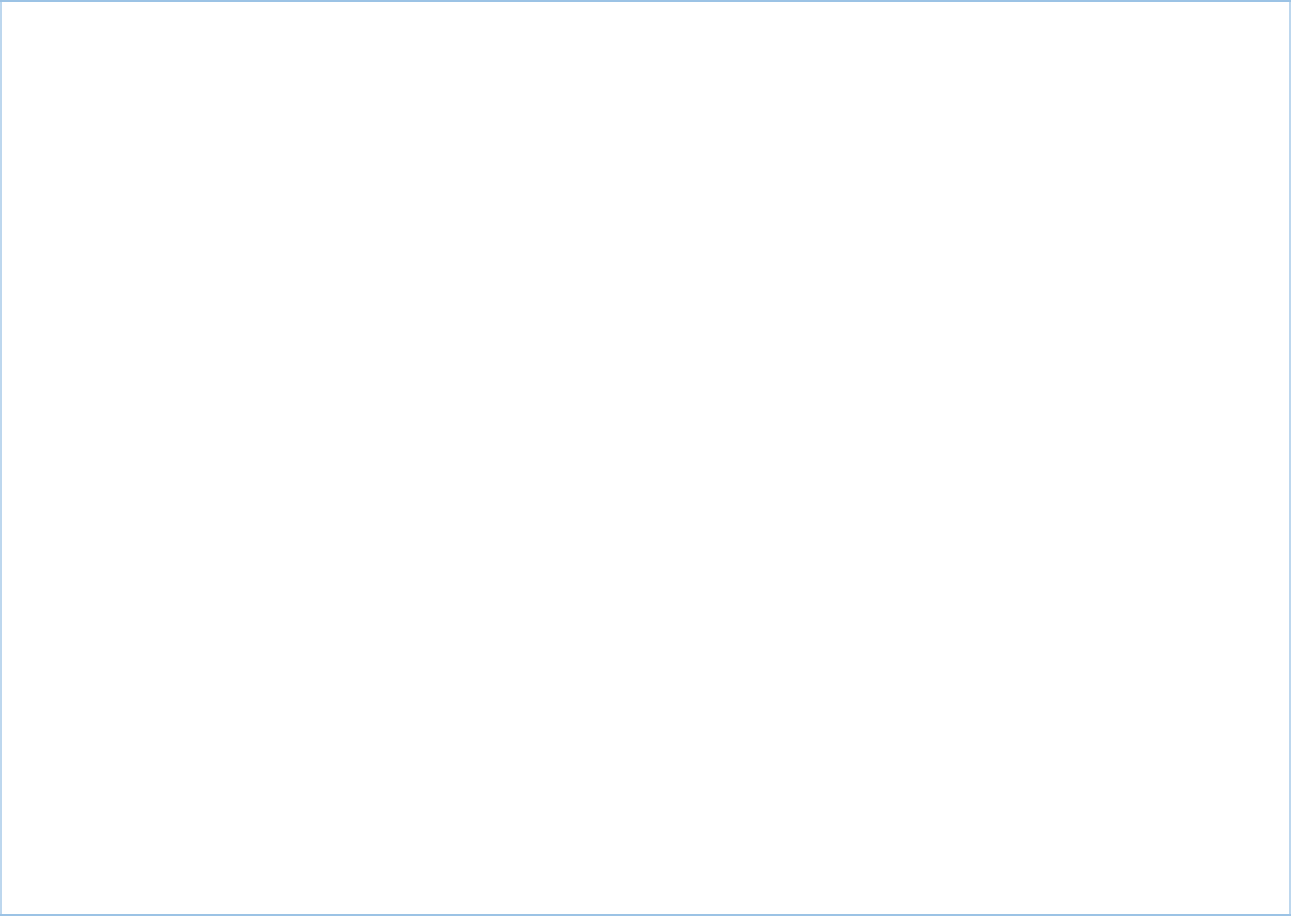
Dado avaliativo: Tipo de Família <i>(eliminar o que não se adequa)</i>			
Família nuclear		Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	

Outro (<i>especificar</i>)			

Dado avaliativo: Família Extensa	
	Nome(s) (<i>igual ao assinalado no genograma</i>)
Tipo	
Pessoal	
Telefónico	
Carta/e-mail	
Outro:	
Intensidade de contacto	
Semanal	
Quinzenal	
Mensal	
Outro:	
Função das relações	
Companhia social	
Apoio emocional	
Guia cognitivo e conselhos	
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	



Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)



	Trabalh o	Escol a	Inst.Saud e	Religiã o	IPS S	Lazer/ Cultur a	Amigo s	Outro s
Vínculo forte								
Vínculo intrarmédio								
Vínculo fraco								

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

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

Critérios relativos ao Tipo de Habitação

(eliminar o que não se adequa)

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

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

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

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

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

Focos/ Áreas De Atenção

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



Se Rendimento Familiar Insuficiente

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

<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> - Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) - Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre riscos de edifício <i>(no caso de TH 4 ou 5)</i> - Higiene da Habitação Presente/Não Presente - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i> - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i>
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

--	--



Se Edifício Residencial Negligenciado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Requerer serviço social (técnica de serviço social)	
	Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia)	
	Orientar a família para serviços sociais	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI) (Se adequado)</u>		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data	
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)	



Se Edifício Residencial Não Seguro

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro
	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional
	Promover governo da casa
	Reforçar o governo da casa
	Instruir a família sobre governo da casa
	Motivar a família para governo da casa

	Requerer serviços sociais
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI) (Se adequado)</u>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> - Existência / Ausência de <u>Barreiras arquitetônicas</u> Se Existência especificar: - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas - Existência / Ausência de <u>Aquecimento</u>

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

 Se Precaução de Segurança Não Demonstrada

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás
	Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico
	Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Negociar sobre utilização de equipamento de gás
	Negociar sobre utilização de equipamento elétrico
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas
	Orientar para serviços da comunidade
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	

<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de água</u> <i>(colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água)</i> <i>Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (furo, poço, ...)</i> - No caso de rede privada ou rede mista: ● Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano - No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: ● Com / Sem Controlo da qualidade da água - No caso de não ser efetuado o controle da qualidade da água:

Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
-------------	---

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa)</i>
Avaliar Animal Doméstico	- Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i> - Existência / Ausência de Vacinação - <u>Se Ausência de vacinação</u> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Existência / Ausência de Desparasitação - <u>Se ausência de desparasitação</u> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - <u>Outros dados:</u>

	<i>(colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</i>
Critérios diagnósticos	<u>Animal doméstico negligenciado</u> , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Animal Doméstico Negligenciado

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

<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>							
SIM							
NÃO							
Dados avaliativos se membro da família dependente <u>SIM</u> <i>(eliminar se não se adequa)</i>							
Autocuidados	Dependência		Prestador de Cuidados (PC)				
	Sim	Não	Membro da família	Membro da família extensa	Vizinho	Auxiliar de saúde	Outros (especificar)
Autocuidado Higiene							
Autocuidado Vestuário							
Autocuidado Comer							
Autocuidado Beber							
Autocuidado Ir ao sanitário							
Autocuidado Comportamento sono-reposo							
Autocuidado Atividade de lazer							
Autocuidado Atividade Física							
Gestão do regime terapêutico							
Autovigilância							

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

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

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés		
Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		

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

Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.2- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Vestuário	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Comer	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

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

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

<u>Gestão do Regime terapêutico</u>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
CrITÉRIOS diagnósticos	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	

Subdiagnóstico	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.2- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
<u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>promove a</u> <u>utilização de</u> <u>vestuário</u> <u>adequado ao</u> <u>membro da</u> <u>família</u> <u>dependente</u>		
Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de</u> <u>cuidados</u> <u>promove a</u> <u>Ingestão</u> <u>Nutricional</u> <u>adequada ao</u> <u>membro da</u> <u>família</u> <u>dependente</u>	C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>A família</u> <u>adquiriu</u> <u>equipamentos</u> <u>adaptativos para</u> <u>a utilização do</u> <u>sanitário pelo</u> <u>membro da</u> <u>família</u> <u>dependente</u>	C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.7- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

<u>promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</u>		
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância	
<u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.3- Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.3.1-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.4- Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.4.1-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados	

Critérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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

	Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia	
	Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada	
	Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) Promover estratégias de coping para o papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI) (Se adequado)</u>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	

Diagnóstico	Papel Prestador de Cuidados Adequado / Não Adequado (eliminar o que não se adequa)

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe		
N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40

13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17

38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
	TOTAL	
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica		
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.		

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (<i>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar</i>)		
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
	SIM	NÃO

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem		
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros		
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família		
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa		
Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos?		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas?		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família		
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor?		

	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
4. Quem desempenha Papel Recreativo?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
5. Quem desempenha Papel de Parente?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Relação Dinâmica		

Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família?		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
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 AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA						
FACES II						
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)						
N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Veze (3)	Muitas Veze (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					

5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					

20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar																	
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer		Score
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30	

Adaptabilidade familiar																
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score	Score total
	(+) 2	(+) 14	(-) 28	(+) 4	(+) 16	(+) 6	(+) 18	(+) 8	(+) 20	(+) 26	(+) 10	(+) 22	(+) 12	(-) 24		

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família (Coesão+Adaptabilidade)/2	
8	80 74	Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	65 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – PERCEÇÃO DOS MEMBROS					
Apgar Familiar De Smilkstein					
APGAR		Quase sempre (2 pts)	Algumas vezes (1 pt)	Quase nunca (0 pts)	
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.					
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.					
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.					
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.					
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.					
TOTAL:					
7 a 10 Família altamente funcional		4 a 6 Família com moderada disfunção		0 a 3 Família com disfunção acentuada	
Resultado	Membros da família				
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:

Família altamente funcional					
Família com moderada disfunção					
Família com disfunção acentuada					

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – CRENÇAS FAMILIARES	
Religiosas	
Espirituais	
Valores	
Culturais	
Intervenção dos profissionais de saúde	

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

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

Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Ppel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

	Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Influência e Poder</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Alianças e Uniões</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

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

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

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
----------------------	------------------------------

Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover o envolvimento da família
	Otimizar a comunicação na família
	Planear rituais familiares
	Otimizar padrão de assertividade
	Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família
	Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover o envolvimento da família
	Colaborar na identificação dos papéis familiares
	Avaliar as dimensões não consensuais do papel
	Avaliar saturação do papel
	Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família
	Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família
	Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)
	Requerer Serviço Social
	Promover estratégias de coping para o papel
	Promover o suporte da família
	Requerer serviços de saúde (Psicologia)
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover o envolvimento da família
	Avaliar os conflitos do Papel
	Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família
	Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família
	Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)

	Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia)	
	Otimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Otimizar padrão de ligação	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u> 		
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i> 		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	
Diagnóstico	Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

ANEXO 2

(Índice de Barthel)

BARTHEL ADL Índice

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência) _____

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contínente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100) _____

ANEXO 3

(Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit)

Escala de Zarit

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
Considera que o seu familiar está dependente de si?					
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					

Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					

Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					

Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					
---	--	--	--	--	--

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

ANEXO 4

(Indicadores de resultado /ganhos em saúde)

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

A) TAXAS DE AVALIAÇÃO

a. Dimensão Estrutural

Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100

b. Dimensão Funcional

Nº. de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados /Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias X 100

B) TAXAS DE PREVALÊNCIA

Nº. de famílias com Edifício residencial não seguro/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Edifício residencial negligenciado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Rendimento familiar insuficiente/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Precaução de segurança não demonstrada/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Abastecimento de água não adequado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Animal doméstico negligenciado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com membro dependente com Papel de Prestador de Cuidados não adequado PPCNA/Nº total de famílias com membro dependente X 100

N° . de famílias com Processo Familiar Disfuncional / N° total de famílias X 100

C) INDICADORES DE RESULTADO (GANHOS EM SAÚDE)

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial / N° total de famílias com Edifício residencial não seguro x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial / N° total de famílias com Edifício residencial negligenciado x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Rendimento Familiar / N° total de famílias com Rendimento Familiar insuficiente x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Precaução de Segurança / N° total de famílias com Precaução de Segurança não demonstrada x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Abastecimento de Água / N° total de famílias com Abastecimento de Água não adequado x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Animal doméstico / N° total de famílias com Animal doméstico negligenciado x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados / N° total de famílias com Papel Prestador Cuidados não demonstrado x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel / N° total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão / N° total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel / N° total de famílias

com Consenso Papel Não x 100

$$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel}}{\text{Nº total de famílias com Conflito Papel Sim}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel}}{\text{Nº total de famílias com Saturação Papel Sim}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar}}{\text{Nº total de famílias com Processo Familiar Disfuncional}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar}}{\text{Nº total de famílias com Comunicação Familiar não eficaz}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Coping Familiar}}{\text{Nº total de famílias com Coping Familiar não eficaz}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis}}{\text{Nº total de famílias com Interação Papéis não eficaz}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis}}{\text{Nº total de famílias com Interação Papéis conflitual}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica}}{\text{Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional}} \times 100$$

ANEXO 5

(Plano de sessão e Conteúdo da ação formação *“Saúde da Família: documentação dos cuidados no Sclínico”*)

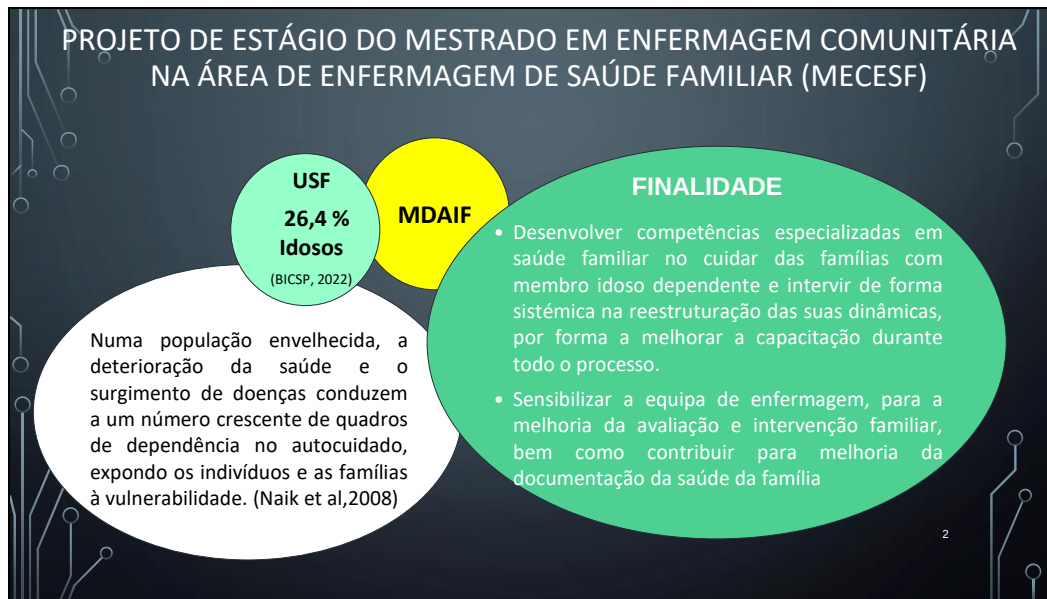
PLANO DE SESSÃO

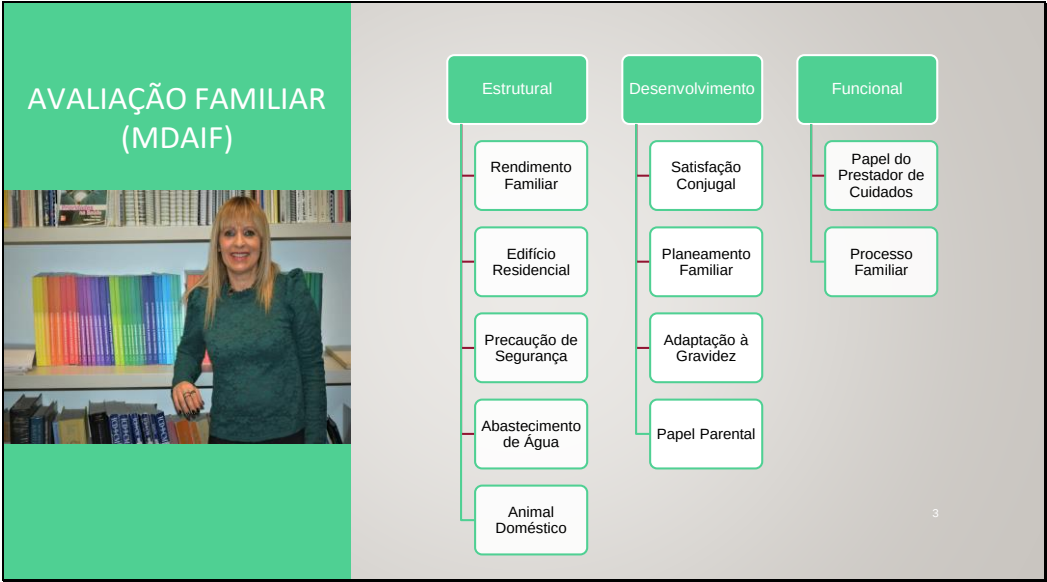
PLANO DE SESSÃO				
Local: Unidade de Saúde Familiar		Formadores: Michele Pinto e Carla Alves Enfermeiros Tutores		
Título: Saúde da Família: documentação dos cuidados no Sclínico				
Destinatários: Equipa de Enfermagem				
Data: 21/04/2023				
Duração: 1h (14h00-15h00)				
Objetivos gerais:				
- Promover a melhoria contínua da qualidade no que se refere ao processo de documentação dos cuidados no âmbito da enfermagem de saúde familiar, nas famílias com membro dependente; - Promover a utilização das tecnologias de informação e comunicação para dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.				
Objetivos específicos:				
- Promover o envolvimento e a motivação dos membros da equipa de enfermagem para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar; - Promover uma reflexão das práticas, no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, com recurso a atividade formativa; - Utilizar o sistema de informação disponível para melhorar os resultados de saúde familiar; - Monitorizar os resultados da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar realizada nos utentes dependentes e respetivas famílias.				
Tempo	Fases	Conteúdos	Métodos e técnicas	Meios a utilizar

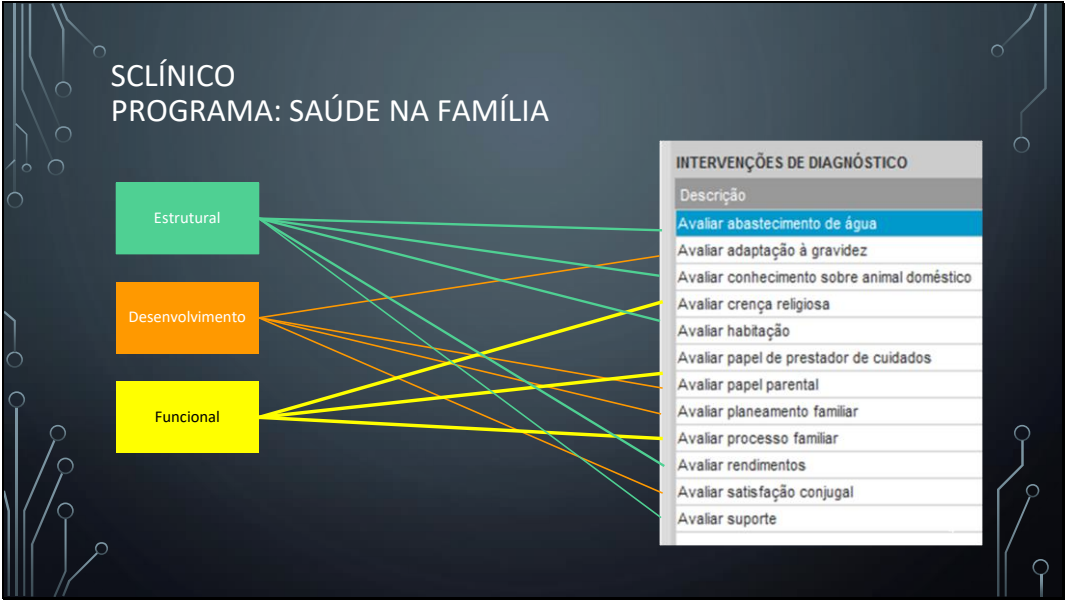
5 min.	Introdução	- Apresentação do projeto de estágio II do MECESF; - Apresentação dos objetivos da formação. - Introdução da metodologia	Método expositivo	Computador e Videoprojector
30 min.	Desenvolvimento	Apresentação dos seguintes aspetos: - Dimensões de avaliação familiar e respetivos diagnósticos de enfermagem; - Avaliação e intervenção familiar disponível no clínico; - Apresentação de um estudo de caso. - Debate das dúvidas	Método expositivo Método ativo	
25 min.	Discussão/ Conclusão	- Síntese dos conteúdos - Avaliação da atividade	Método expositivo Método ativo	

Diapositivo 1

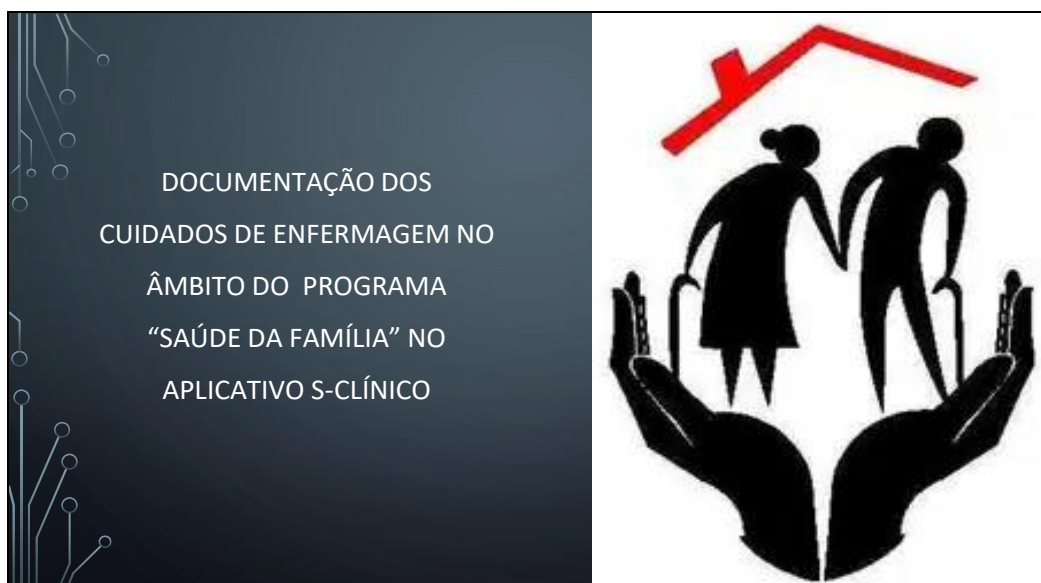








Diapositivo 5

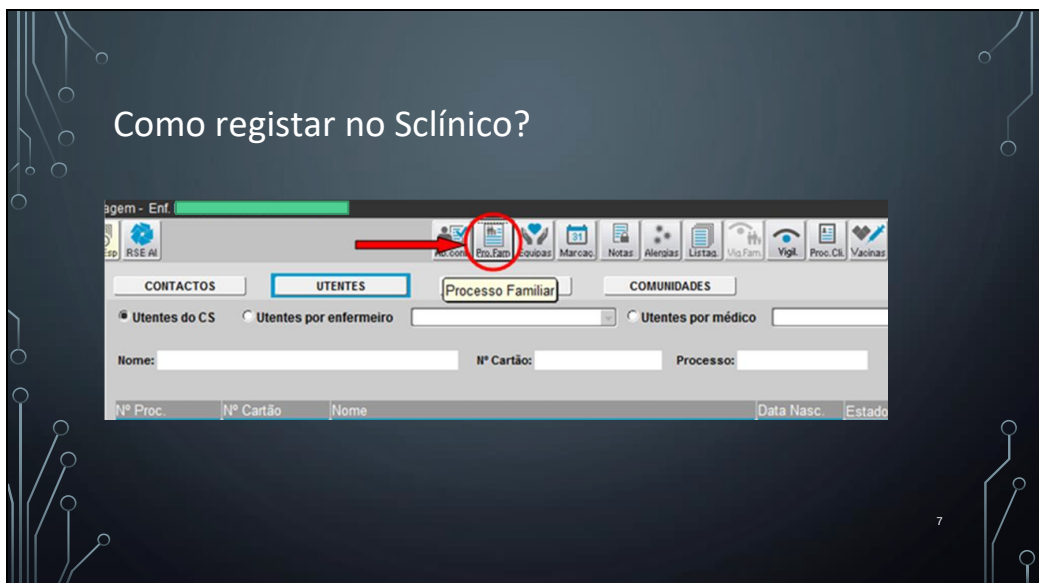


CASO CLÍNICO
FICTÍCIO

- A família Alves Pinto (família nuclear) é constituída pelo Sr. A de 88 anos e pela Sra. L, de 89 anos. As filhas, J, de 64 anos, casada e com um filho de 37 anos, e G, de 61 anos, casada e com uma filha de 36 anos, não habitam na mesma residência.
- O Sr. A tem uma neoplasia prostática avançada, já com metástases ósseas e caquexia, tendo ficado acamado há 3 meses, após internamento prolongado.

6

Diapositivo 7



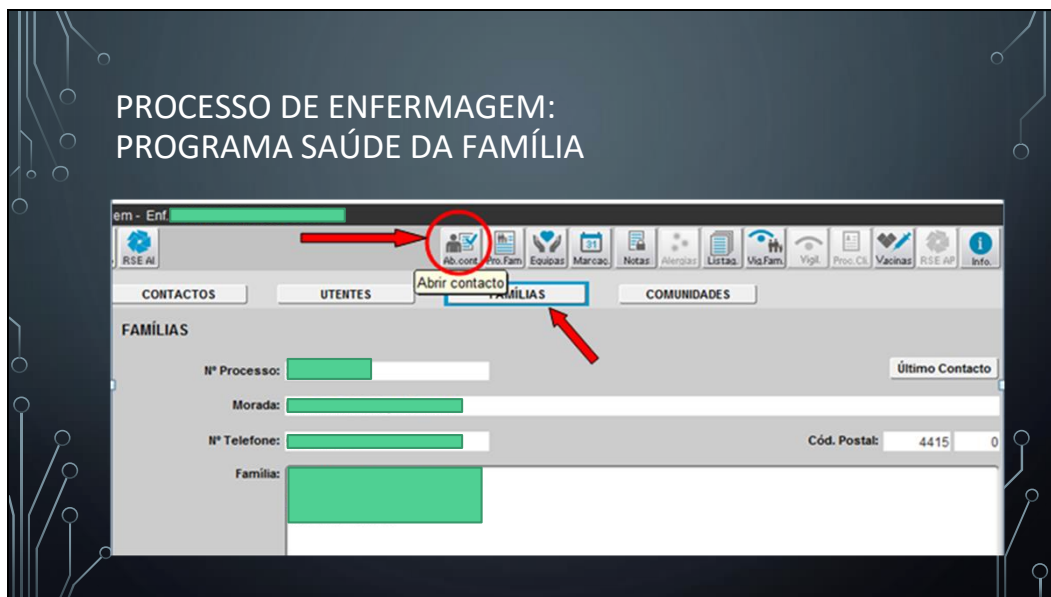
172

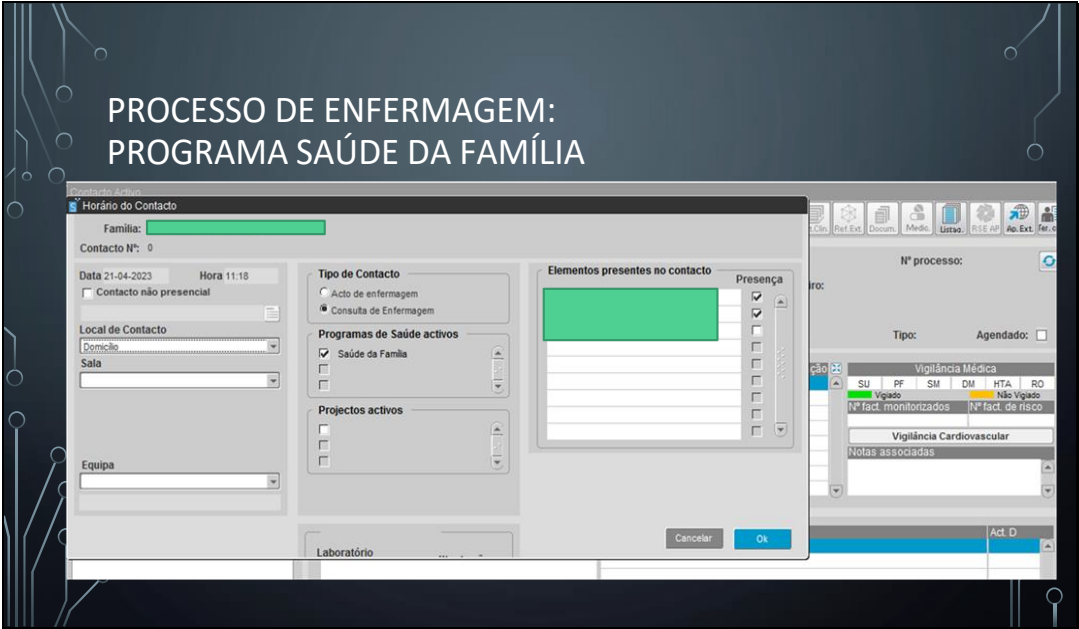
Habitação	Grafiar	C.Duval	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia-Dreyer
Data de registro	+ X				
Tipo de alojamento	Regime de ocupação	Estatado geral de conservação	Casa de banho	Higiene	Água
Alojamento móvel	Arrendada	Bom	Desconhecida	Boa	Desconhecido
Apartamento	Cedida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

DIMENSÃO ESTRUTURAL:
ESCALA DE GRAFFAR ADAPTADA (CLASSE SOCIAL)

Graus	Habitação	Grafiar	C.Duall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer	
	Profissão	Instrução	Fonte principal rendimento	Tipo de habitação	Local de residência		
I	Grandes industriais e comerciantes. Pastores de topo de grandes	Doutoramento Mestrado	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante		
II	Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaços e confortável	Bom local		
III	Pequenos industriais e comerciantes.	Ensino Secundário	Vencimentos certos	Bem conservada e com cozinha e W.C.	Zona antiga		
IV	Pequenos agricultores, Operários semi-qualificados	Escolaridade obrigatória	Remunerações incertas,	Com cozinha e W.C mas degradada e/ou	Bairro operário/ social		
V	Mão de obra indiferenciada	Não escolaridade obrigatória segundo a idade	Assistência	imprópria	Bairro de lata		
							Classe Social MÉDIA BAIXA

Diapositivo 10





PROCESSO DE ENFERMAGEM:
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome:

Nº Utilizador:

Nº Processo:

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

Avaliar abastecimento de água

Avaliar adaptação à gravidez

Avaliar conhecimento sobre animal doméstico

Avaliar crença religiosa

Avaliar habitação

Avaliar papel de prestador de cuidados

Avaliar papel parental

Avaliar planeamento familiar

Avaliar processo familiar

Avaliar rendimentos

Avaliar satisfação conjugal

Avaliar suporte

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 21-04-2022

Fim: 21-04-2023

Todos

Ativos

Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	21-04-2023 11:25	

Sem Status

S Sugendo

Resp. Início: MICHELE PRATO

Resp. Termo:

Termo

Especificações

21 Abr 2023 11:27 Processo familiar comprometido (Responsável)

21 Abr 2023 11:25 Sem processo familiar comprometido (Responsável)

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas

Ativas

Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes	☒	☐			
Avaliar processo familiar	☒	☐			
Incentivar o apoio / suporte da família	☒	☐			
Incentivar o envolvimento da família	☒	☐			
Negociar o processo familiar	☒	☐			
Orientar para a terapia familiar	☒	☐			
Otimizar comunicação	☒	☐			

DIMENSÃO ESTRUTURAL: DOS DIAGNÓSTICOS À INTERVENÇÃO FAMILIAR

Foco de Atenção	Diagnóstico	Intervenção
Rendimento Familiar	Rendimento familiar: Não Insuficiente Conhecimento sobre gestão do rendimento familiar: Demonstrado Capacidade de gestão do rendimento familiar: Demonstrado	

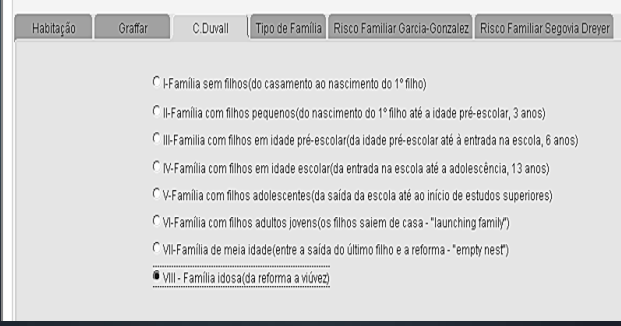
13

Diapositivo 14

DIMENSÃO ESTRUTURAL: DOS DIAGNÓSTICOS À INTERVENÇÃO FAMILIAR		
Foco de Atenção	Diagnóstico	Intervenção
Habitação	Edifício residencial não seguro	Ensinar sobre riscos Ensinar sobre medidas de segurança Ensinar a família sobre medidas de segurança Requerer serviço social Orientar a família para serviços sociais
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre habitação Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional: Não Demonstrado	Ensinar sobre o cuidado doméstico Incentivar cuidado doméstico Ensinar sobre riscos da deficiente higiene habitacional
Precauções de Segurança	Precaução de Segurança: Não demonstrada	Ensinar sobre precauções de segurança
Abastecimento de Água	Abastecimento de água: Adequado	14

Diapositivo 15

DIMENSÃO DO DESENVOLVIMENTO: CICLO VITAL DE DUVAL



- ☐ I-Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)
- ☐ II-Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- ☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- ☐ IV-Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- ☐ V-Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- ☐ VI-Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa - "launching family")
- ☐ VII-Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- ☒ VIII - Família idosa (da reforma a viuvez)

15

Diapositivo 16

**DIMENSÃO DO DESENVOLVIMENTO:
TIPO DE FAMÍLIA**

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
			☐ Unitária - Só 1 elemento ☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos ☐ Alargada - Avós, pais e filhos ☐ Reconstruída - Nova união após reformulação ☒ <u>Nuclear - Casal com ou sem filhos</u> ☐ Outras		

16

Diapositivo 17

DIMENSÃO DO DESENVOLVIMENTO: DOS DIAGNÓSTICOS À INTERVENÇÃO FAMILIAR		
Foco de Atenção	Diagnóstico	Intervenção
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal: Não Mantida (relação dinâmica disfuncional, comunicação não eficaz e função sexual comprometida)	Promover a comunicação expressiva de emoções Promover a comunicação do casal Motivar para atividades em conjunto Motivar para a redefinição de partilha de tarefas Orientar para serviços (psicologia)
Papel Parental	Papel Parental Não Adequado Satisfação com a relação mantida com o(s) filho(s): Não Demonstrada	Promover a comunicação expressiva de emoções Facilitar a comunicação familiar Promover o envolvimento da família Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família

17

DIMENSÃO FUNCIONAL: ESCALA DE BARTHEL – AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO

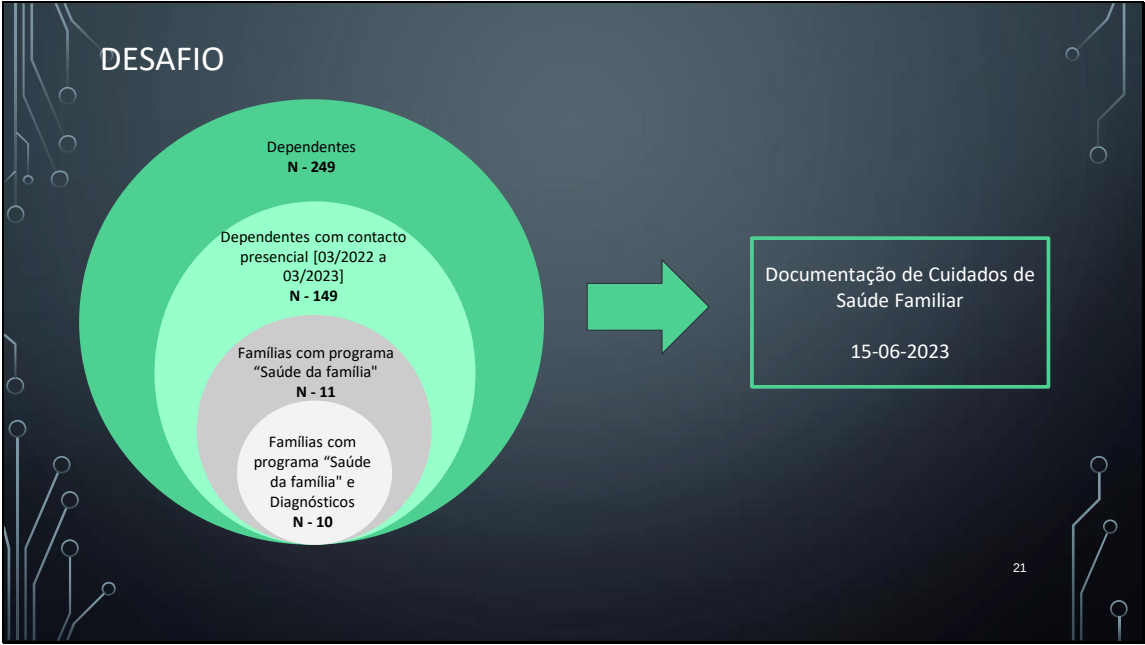
Notas	Combur	Diagn...	Úcer...	Ferid...	Mary...	Bartel	Ouedas	Neeham	Pé Di...	Risco...	Denti...	Matur...	Medic...
Dados Higiene Precisa de ajuda Banho Precisa de ajuda Alimentacao Precisa de ajuda ou de dieta modificada Toalete Precisa de ajuda Subir Escadas Incapaz Vestuario Precisa de ajuda Controle Bexiga Incontinente(ou alagado e incapaz de cuidar da alágia) Controle Intestino Acidente ocasional Deambulacao Inôvel ou menos de 45m Cadeira Rodas Transferência Cadeira Cama Precisa de muita ajuda(pode manter-se sentado) Resultado Dependência Grave													

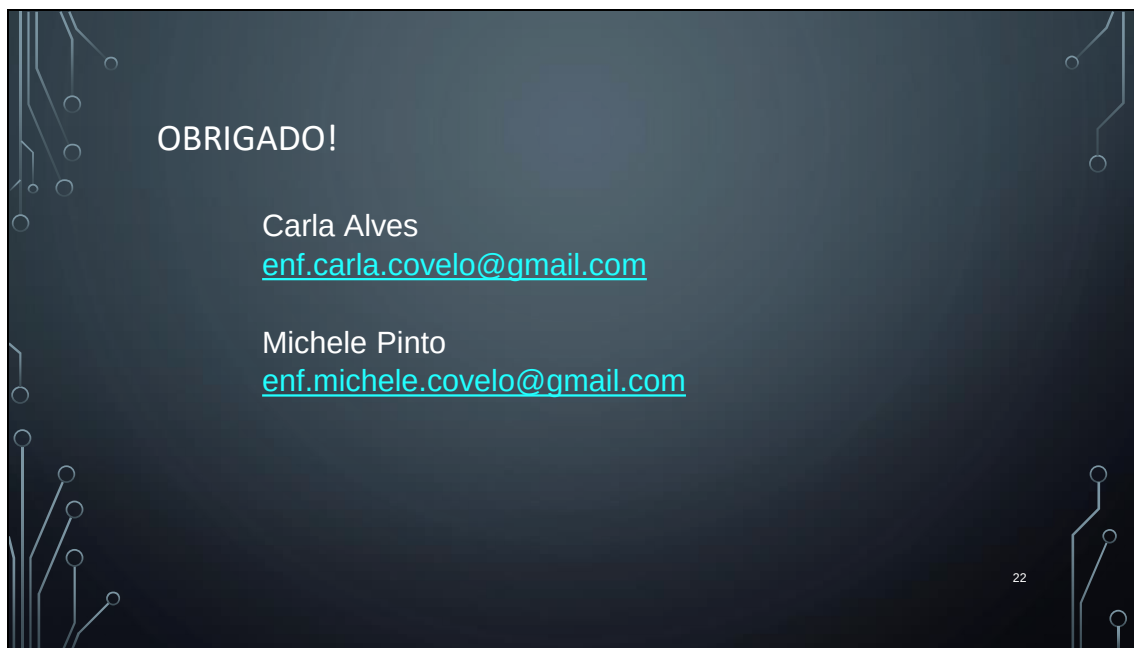
Papel do Prestador de Cuidados

18

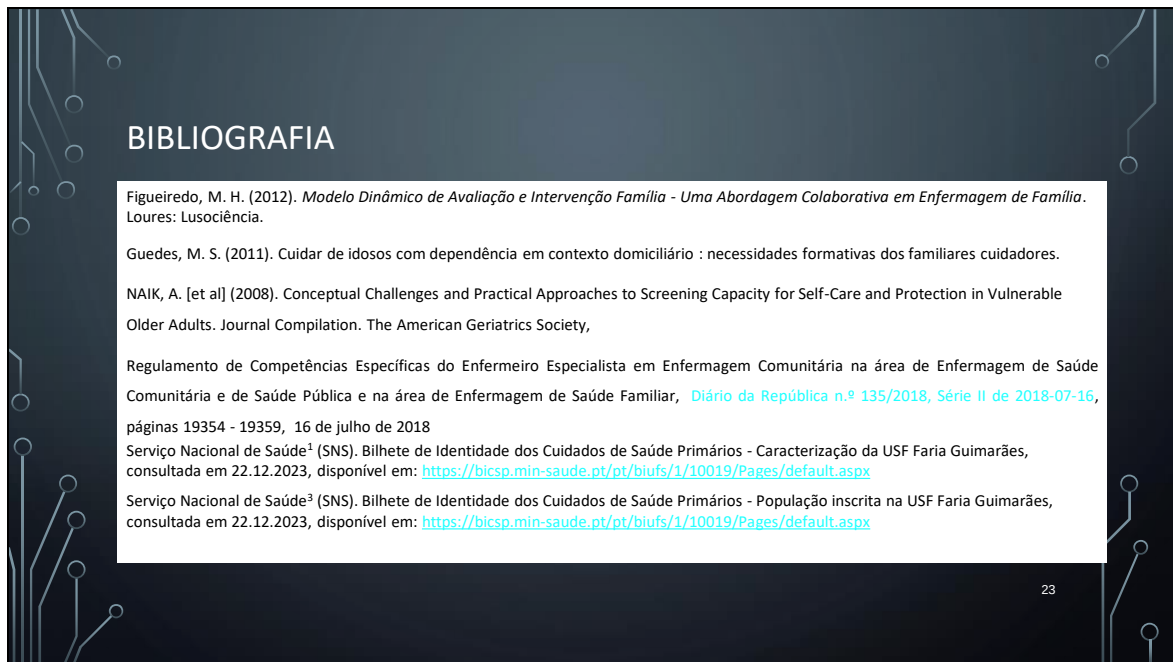
DIMENSÃO FUNCIONAL: DOS DIAGNÓSTICOS À INTERVENÇÃO FAMILIAR		
Foco de Atenção	Diagnóstico	Intervenção
Papel do Prestador de Cuidados	Papel de prestador de Cuidados Comprometido	Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados
	Conhecimentos do prestador de cuidados sobre Autocuidado: Demonstrado	Encorajar envolvimento da família
	Consenso no papel de prestador de cuidados: Não Demonstrado	Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as emoções
	Conflito no Papel de prestador de cuidados: Demonstrado	Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador cuidados
	Saturação do Papel de prestador de cuidados: Demonstrado	Promover a comunicação expressiva de emoções
		Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família
		Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família
		Promover estratégias de coping
		Requerer serviço social

DIMENSÃO FUNCIONAL: DOS DIAGNÓSTICOS À INTERVENÇÃO FAMILIAR		
Foco de Atenção	Diagnóstico	Intervenção
Processo Familiar	Processo Familiar Comprometido  Comunicação familiar: não eficaz Coping familiar: não eficaz Interação de papéis: conflitual Relação dinâmica Disfuncional	Promover a comunicação expressiva de emoções Facilitar a comunicação familiar Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Promover estratégias de coping Promover o suporte familiar





Diapositivo 23



BIBLIOGRAFIA

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Guedes, M. S. (2011). Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário : necessidades formativas dos familiares cuidadores.

NAIK, A. [et al] (2008). Conceptual Challenges and Practical Approaches to Screening Capacity for Self-Care and Protection in Vulnerable Older Adults. Journal Compilation. The American Geriatrics Society,

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, [Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16](#), páginas 19354 - 19359, 16 de julho de 2018

Serviço Nacional de Saúde¹ (SNS). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - Caracterização da USF Faria Guimarães, consultada em 22.12.2023, disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10019/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde³ (SNS). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - População inscrita na USF Faria Guimarães, consultada em 22.12.2023, disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10019/Pages/default.aspx>

23