



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

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

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS NUCLEARES  
COM IDOSOS PORTADORES DE DOENÇA CRÓNICA:  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS  
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA  
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**ASSESSMENT AND INTERVENTION IN NUCLEAR  
FAMILIES WITH ELDERLY PEOPLE SUFFERING FROM  
CHRONIC ILLNESS: DEVELOPMENT OF SPECIALIZED  
CLINICAL SKILLS IN COMMUNITY NURSING IN THE  
AREA OF FAMILY HEALTH NURSING**

**Relatório Final**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL**

**Bárbara Inês Teixeira Gonçalves Fonseca**

**Porto, 2025**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde**  
**Familiar**

---

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS  
NUCLEARES COM IDOSOS PORTADORES DE  
DOENÇA CRÓNICA: DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS  
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório de Estágio Profissional orientado  
pela Professora Ana Isabel Vilar e coorientado  
pela Professora Fátima Araújo.

Porto, 2025

**FRASE ou PENSAMENTO**

“A família salva o homem dele mesmo.”

G. K. Chesterton, s.d.

## **DEDICATÓRIA**

A ti, avô, exemplo de infinita bondade.

## AGRADECIMENTO

Chegado o término deste percurso, revela-se obrigatório expressar a minha gratidão perante todos aqueles que, pela inexcedível disponibilidade e inequívoca partilha de amizade e amor, contribuíram para a concretização deste sonho.

À Professora Maria Henriqueta Figueiredo, coordenadora do Mestrado e orientadora pedagógica, por transmitir toda a sua sabedoria de uma forma apaixonante e por respirar Enfermagem de Saúde Familiar.

À Professora Ana Isabel Vilar, orientadora do relatório, pela clareza e assertividade no discurso, encorajando-me a ser e a fazer sempre melhor.

À Professora Fátima Araújo, coorientadora do relatório, pela amabilidade em cada palavra e pelo perfeccionismo em cada detalhe.

À Professora Leonor Pinto, orientadora pedagógica, pelo genuíno carinho e verdadeira disponibilidade presentes em todos os ensinamentos.

À Enfermeira orientadora cooperante e a todos os profissionais da equipa da Unidade de Saúde Familiar onde realizei os estágios, pelo constante incentivo e por demonstrarem total colaboração e interesse pelo trabalho desenvolvido.

A todos os membros das cinco famílias, pela confiança depositada e por representarem a verdadeira razão da existência deste relatório.

Aos colegas de serviço do Hospital Pedro Hispano, pela empatia demonstrada nos momentos de maior cansaço e pela paciência com que acolheram os meus desabafos.

Aos colegas do Mestrado, especialmente à Filipa, à Mariana, à Carina e à Bruna, pela amizade, companheirismo e entreajuda, âncoras que levo no coração.

Aos meus avós, Joaquim e Laura, faróis que me fizeram quem eu sou hoje, preservando os valores da humildade, dedicação e honestidade.

À minha mãe, Maria Inês, exemplo de vida, resiliência e coragem, inspiração e abraço de todos os dias, meu maior apoio.

Ao meu Zé, sinónimo de amor incondicional, a pessoa que torna o impossível possível e que me diz secretamente que sou a melhor enfermeira do Mundo.

Muito obrigada por celebrarem comigo esta vitória!

## RESUMO

O envelhecimento da população tem contribuído para o aumento da prevalência de doenças crónicas, exigindo uma resposta integrada e personalizada por parte dos Cuidados de Saúde Primários. Neste contexto, a Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel essencial junto das famílias nucleares com membros idosos portadores de doença crónica, uma vez que presta cuidados de saúde à família como unidade em transformação, ao longo do ciclo vital. O presente relatório, elaborado no âmbito do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I e Módulo II” integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, tem como principal objetivo demonstrar o processo de aprendizagem relativo ao desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da enfermagem de saúde familiar, através da avaliação e intervenção em famílias com as características acima mencionadas. O percurso metodológico baseou-se numa abordagem suportada em referenciais teóricos como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e a Teoria das Transições. Foram prestados cuidados a 5 famílias, selecionadas com base em critérios previamente definidos. A prestação de cuidados às famílias e aos seus membros incluiu entrevistas familiares, com recurso a instrumentos de avaliação e intervenção familiar (genograma, ecomapa, escalas, técnicas transversais e técnicas interacionais, como o reenquadramento, a conotação positiva e os rituais terapêuticos familiares) e ferramentas complementares avaliativas de carácter individual. Paralelamente, foi implementada uma formação em serviço direcionada à equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar, com a finalidade de melhorar a documentação dos cuidados de enfermagem, assim como sessões de *coaching* com cada profissional. Os resultados evidenciaram ganhos significativos no conhecimento e na motivação dos enfermeiros face à utilização dos sistemas de informação e à aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar na prática clínica, que se traduziram em efetiva documentação. Observou-se, ainda, um impacto positivo nas famílias intervencionadas, nomeadamente na melhoria da comunicação, no reforço da satisfação conjugal e na adesão ao regime terapêutico, refletido em ganhos em saúde. A análise crítica e reflexiva das intervenções demonstrou a relevância da articulação interdisciplinar e do papel ativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na gestão do processo de cuidados. Conclui-se que a integração de modelos teóricos de Enfermagem de Saúde Familiar e a capacitação das equipas para a sua aplicação concorrem para o fortalecimento das práticas centradas na família, promovendo a autonomia, o bem-estar e a continuidade dos cuidados.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Saúde Familiar; Família; Idoso; Doença Crónica; Intervenção

## ABSTRACT

The ageing of the population has contributed to an increase in the prevalence of chronic diseases, requiring an integrated and personalized response from Primary Health Care. In this context, Family Health Nursing has an essential role to play with nuclear families with elderly members suffering from chronic illnesses, as it provides health care to the family as a changing unit throughout the life cycle. This report, drawn up as part of the “Internship of a professional nature with report - Module I and Module II” integrated into the Master’s Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, aims to demonstrate the learning process related to the development of specialized clinical skills in the area of family health nursing, through assessment and intervention in families with the characteristics mentioned above. The methodological approach was based on theoretical frameworks such as the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention and Transitions Theory. Care was provided to 5 families, selected based on previously defined criteria. The care provided to the families and their members included family interviews, using family assessment and intervention tools (genogram, ecomap, scales, transversal techniques and interactional techniques such as reframing, positive connotation and family therapeutic rituals) and complementary individual assessment tools. At the same time, in-service training was implemented for the Family Health Unit’s nursing team, with the aim of improving the documentation of nursing care, as well as coaching sessions with each professional. The results showed significant gains in the nurses’ knowledge and motivation regarding the use of information systems and the application of the Dynamic Family Assessment and Intervention Model in clinical practice, which translated into effective documentation. There was also a positive impact on the families involved, particularly in terms of improving communication, strengthening marital satisfaction and adherence to the therapeutic regime, reflected in health gains. The critical and reflective analysis of the interventions demonstrated the importance of interdisciplinary coordination and the active role of the Community Nurse Specialist in the area of Family Health Nursing in managing the care process. It is concluded that the integration of theoretical Family Health Nursing models and the training of teams to apply them contribute to strengthening family-centered practices, promoting autonomy, well-being and continuity of care.

**Keywords:** Family Health Nursing; Family; Elderly; Chronic Illness; Intervention

## CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

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

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DCNT - Doenças Crónicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes *Mellitus*

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

EFS - Entrevista Familiar Sistémica

HTA - Hipertensão Arterial

IMC - Índice de Massa Corporal

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

MCAF - Modelo *Calgary* de Avaliação da Família

MCIF - Modelo *Calgary* de Intervenção na Família

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

PNV - Programa Nacional de Vacinação

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TA - Tensão Arterial

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

## Índice

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO</b>	<b>15</b>
2.1. Descrição do contexto da prática clínica	15
2.2. Caracterização geral das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante	23
2.2.1. Caracterização das 60 famílias	25
<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>28</b>
3.1. A Família, a Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar	28
3.2. Famílias Nucleares com Idosos Portadores de Doença Crónica	34
<b>4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA</b>	<b>42</b>
4.1. Prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados, e a cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	42
4.1.1. Descrição da prestação de cuidados às famílias e aos seus membros	52
4.1.2. Ganhos em saúde resultantes da prestação de cuidados às famílias e aos seus membros	77
4.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	79
4.2.1. Articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	80
4.2.2. Gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção	83
<b>5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>96</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>106</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>108</b>

**ANEXOS** \_\_\_\_\_ **120**

**ANEXO I** Prestação de Cuidados às Famílias Azul, Verde e Laranja

**ANEXO II** Instrumento de Auditoria aos Registos dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do Programa “Saúde da Família”

**ANEXO III** Questionário de Diagnóstico das Necessidades Formativas da Equipa de Enfermagem da USF

**ANEXO IV** Planeamento da Formação em Serviço

**ANEXO V** Plano de Sessão + Apresentação *PowerPoint* (PPT) da Formação em Serviço

**ANEXO VI** Folha de Participantes – Registo de Presenças na Formação em Serviço

**ANEXO VII** Questionário de avaliação da Formação em Serviço

**ANEXO VIII** Certificado de Participação: “VI Encontro Cuidados de Saúde Primários ULS Matosinhos - Integração de Cuidados no Ciclo de Vida: Desafios e Oportunidades”

**ANEXO IX** Certificado de Participação: “1º Congresso Internacional de Saúde da Família (ICFH'25)”

**ANEXO X** Certificado de Participação: “VII Encontro Internacional de História da Enfermagem - Guardiões de Higeia: Legado Histórico da Enfermagem Comunitária”

## ÍNDICE de QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Diagnósticos de Enfermagem formulados para o Sr. F da Família Vermelha _____	63
<b>Quadro 2</b> - Diagnósticos de Enfermagem formulados para a D. <sup>a</sup> L da Família Vermelha _____	66
<b>Quadro 3</b> - Diagnósticos de Enfermagem formulados para o Sr. J da Família Rosa _____	74
<b>Quadro 4</b> - Diagnósticos de Enfermagem formulados para a D. <sup>a</sup> D da Família Rosa _____	76
<b>Quadro 5</b> - Resultados do questionário nos dois momentos de avaliação (pré e pós-formação) _____	90
<b>Quadro 6</b> - Resultados pré e pós-formação do instrumento de auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” _____	93

## ÍNDICE de FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Pirâmide Etária da população inscrita na USF _____	21
<b>Figura 2</b> - Problemas ativos nos utentes inscritos na USF _____	22
<b>Figura 3</b> - Pirâmide Etária dos utentes da lista da enfermeira orientadora cooperante _____	24
<b>Figura 4</b> - Problemas ativos nos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante _____	25
<b>Figura 5</b> - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação _____	43
<b>Figura 6</b> - Diagrama da Teoria das Transições _____	44
<b>Figura 7</b> - Genograma da Família Vermelha _____	53
<b>Figura 8</b> - Ecomapa da Família Vermelha _____	55
<b>Figura 9</b> - Genograma da Família Rosa _____	68
<b>Figura 10</b> - Ecomapa da Família Rosa _____	69

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito das Unidades Curriculares “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I” e “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II” inseridas no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, lecionado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, nos anos letivos 2023/2024 e 2024/2025, sob orientação pedagógica da Professora Henriqueta Figueiredo e da Professora Leonor Pinto, com orientação científica pela Professora Ana Isabel Vilar e coorientação científica pela Professora Fátima Araújo e com a colaboração e supervisão da enfermeira orientadora cooperante, foi elaborado o presente relatório de estágio profissional que procura refletir todo o percurso formativo da componente clínica. Consiste na narrativa escrita que objetiva explicar as atividades desenvolvidas durante a realização dos dois estágios, acompanhada por uma análise crítico-reflexiva, sustentado num pensamento teórico de Enfermagem.

O tema central do trabalho – “Avaliação e Intervenção em Famílias Nucleares com Idosos Portadores de Doença Crónica” – surgiu da caracterização de 60 famílias da lista da enfermeira orientadora cooperante, na qual se evidenciou um número significativo de famílias idosas, com forte prevalência de doenças crónicas como a Hipertensão Arterial (HTA) e a Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2. A escolha fundamentou-se, assim, na análise da realidade assistencial da enfermeira orientadora cooperante e no aprofundamento da problemática que tem vindo a assumir uma relevância crescente pelo envelhecimento demográfico e pela complexidade que este fenómeno representa para os Cuidados de Saúde Primários (CSP), exigindo abordagens centradas na família, enquanto unidade de cuidados, e nos seus membros, ao longo do ciclo vital.

O principal objetivo do relatório, fruto das atividades potenciadas pelos estágios, assenta na aquisição e desenvolvimento de competências clínicas no domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) (Regulamento n.º 428/2018), através da prestação de cuidados às

famílias e aos seus membros, da implementação de estratégias formativas e da integração da melhor evidência na prática clínica. Como objetivos específicos, procurou-se: avaliar a estrutura, desenvolvimento e funcionalidade familiar com base no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); aplicar intervenções baseadas na Teoria das Transições e nos pressupostos da Enfermagem Centrada na Família; capacitar as famílias para a gestão da doença crónica; e promover a qualidade dos registos clínicos em enfermagem por via da realização de uma formação em serviço e sessões de *coaching*.

Estruturalmente, o relatório está organizado em seis capítulos. Posteriormente à introdução, apresenta-se, no capítulo dois, a caracterização do contexto clínico com a descrição do contexto da prática clínica, a caracterização geral das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante e a caracterização das 60 famílias. O capítulo três é destinado ao enquadramento teórico (onde se sintetiza toda a evidência pesquisada para fundamentar a tomada de decisão nas diferentes etapas da conceção de cuidados à família como cliente e a cada um dos seus membros) e o capítulo quatro compreende o desenvolvimento das atividades da componente clínica (inclui o subcapítulo da prestação de cuidados à família e aos seus membros e o subcapítulo da liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar). No capítulo cinco, numa perspetiva crítico-reflexiva, são explanados os contributos para o desenvolvimento de competências, seguido da conclusão efetuada no último capítulo.

Sob o ponto de vista metodológico, a preparação do documento contou com um processo rigoroso de pesquisa para aceder a informação o mais fidedigna e atualizada possível, extraída a partir de bases de dados científicas, leitura e análise de livros, relatórios e dissertações de mestrado, bem como teses de doutoramento, legislação e *sites* oficiais da área da saúde. Todos estes documentos consultados e analisados constam na lista de referências bibliográficas, as quais foram devidamente elaboradas segundo as normas da *American Psychological Association (APA) 7.<sup>a</sup> edição*.

O relatório final expõe a avaliação e intervenção de cinco famílias e de cada um dos seus membros, sendo duas apresentadas no corpo do relatório e três incluídas em anexo. As cinco famílias foram selecionadas com base em critérios de inclusão previamente definidos e têm características que permitiram explorar e consolidar as competências do EEECESF. Os conceitos-chave utilizados, como “família”, “envelhecimento”, “doença crónica” e “intervenção familiar”, são compreendidos à luz dos referenciais da enfermagem de saúde familiar, bem como dos modelos que orientam a avaliação e intervenção individual.

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial, apresentando-se como um dos problemas centrais do século XXI. Nos últimos anos, de forma cada vez mais significativa, a transição demográfica tem culminado no aumento ininterrupto da população com idade superior a 65 anos, o que transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas e com mais doenças crónicas (Cabral et al., 2013).

As mudanças demográficas e as alterações nos perfis de saúde que delas resultam, tanto a nível individual como coletivo, colocam desafios significativos aos sistemas de saúde, aos serviços e aos profissionais. Estes devem reestruturar-se e capacitar-se para dar resposta, de forma eficaz e adequada, às novas exigências em saúde dos cidadãos, das suas famílias, das comunidades onde se inserem e, em sentido mais amplo, da sociedade em geral (Bastos et al., 2023).

O EEECESF desempenha um papel preponderante no acompanhamento das famílias que integram idosos com doença crónica, promovendo uma abordagem centrada na família como unidade de cuidados e valorizando os seus recursos e competências. A sua intervenção tem como foco a capacitação da família para o autocuidado, a gestão da condição crónica, a promoção da funcionalidade e a adaptação às transições vividas (Regulamento n.º 428/2018).

A atuação do EEECESF contribui para a melhoria da adesão ao regime terapêutico, especialmente em casos de doença crónica, e para o fortalecimento das redes de apoio, facilitando a construção de planos de cuidados personalizados e partilhados. A evidência reforça que a atuação próxima,

contínua e baseada na relação terapêutica é um enorme subsídio para o bem-estar do idoso e da família, favorecendo a sua autonomia, coesão e qualidade de vida. A presença de um apoio familiar positivo está associada a melhores resultados de saúde, expondo que a saúde familiar tem um impacto direto e mensurável na saúde dos indivíduos (Sanca, 2024).

## **2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO**

A caracterização do contexto clínico envolve a descrição geral do contexto da prática clínica onde se desenvolveu o processo de aprendizagem decorrente das Unidades Curriculares “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I” e “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, a caracterização geral das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante e a caracterização mais pormenorizada de uma amostra de 60 famílias da lista da enfermeira orientadora cooperante, conduzindo à escolha da temática.

### **2.1. Descrição do contexto da prática clínica**

Os estágios foram realizados em contexto da prática clínica numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região norte de Portugal integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O SNS abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde e os hospitais, os centros hospitalares, os institutos portugueses de oncologia e as unidades locais de saúde, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo, assegurando o direito à proteção da saúde e o acesso ao tipo de cuidados que mais se coaduna com as necessidades efetivas dos seus beneficiários (Decreto-Lei n.º 102/2023; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023).

A nova organização dos cuidados de saúde em Portugal, aprovada em 2023 e com entrada em vigor em 2024, procurando aproximar-se das expectativas e exigências dos cidadãos e dos profissionais, generalizou as ULS, criando 31 novas ULS, perfazendo um total de 39 ULS em todo o país (Governo da República Portuguesa, 2023). As ULS incorporam numa mesma entidade os cuidados prestados pelos centros de saúde e pelos hospitais/centros hospitalares, adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em ULS, nos termos previstos no Estatuto do SNS. “Cada ULS concentra a organização dos recursos humanos, financeiros e materiais, facilitando o acesso

das pessoas e a sua circulação, em função das necessidades, entre os centros de saúde e os hospitais” (Governo da República Portuguesa, 2023, p. 1).

Para além de ser uma das maiores reformas no modelo organizativo do SNS desde a sua criação e estar em linha com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ODS 3 «Saúde de Qualidade»), esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023), os CSP são entendidos como uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Nesta perspetiva, a definição mais coesa de CSP baseia-se em três componentes:

“satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida; tratar de forma sistemática os determinantes da saúde mais vastos (incluindo sociais, económicos e ambientais, assim como as características e comportamentos das pessoas); e capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar” (OMS, 2023, p. 1).

A par do SNS, a evolução dos CSP em Portugal tem sido marcada por uma transformação progressiva e estruturada, desde a reforma iniciada em 2007, com a criação das USF e dos agrupamentos de centros de saúde, até à nova e mais recente mudança, com a implementação das ULS em 2024 (Beça et al., 2024).

Os CSP são o núcleo do sistema de saúde e devem situar-se junto das comunidades, compreendendo um conjunto de unidades funcionais: USF; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Decreto-Lei n.º 137/2013).

Como princípio geral, “a vertente dos cuidados personalizados dos centros de saúde está reorganizada em pequenas unidades funcionais multiprofissionais, USF, com autonomia funcional e técnica, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade” (Portaria n.º 1368/2007, p. 7656). Segundo o Decreto-Lei n.º 298/2007, p. 5588, “As USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C”.

Nos últimos anos, a área dos CSP experimentou uma profunda reforma, sendo as USF a face mais visível dessa reforma. Considerou-se então necessário atualizar o regime existente, no sentido de o fazer evoluir para responder às necessidades em saúde da população e potenciar o investimento na promoção de cuidados equitativos e universais, que acompanhem todo o ciclo vital e que, simultaneamente, possam contribuir para a valorização dos profissionais do SNS. Neste contexto, merece também destaque o modelo das USF, que permite o alargamento da cobertura populacional por equipa de saúde familiar (Decreto-Lei n.º 103/2023). O novo regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, aprovado em 2023, aclara que “As USF podem ser organizadas de acordo com os seguintes modelos: a) USF B; b) USF C.” (Decreto-Lei n.º 103/2023, p. 31), extinguindo-se as USF modelo A e as UCSP.

Em todos os modelos de USF existe um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspetos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares, intitulados carteira

adicional de serviços, contratualizados em sede de candidatura ou nas épocas para tal definidas e revistos anualmente. O compromisso assistencial nuclear explicita o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem, nomeadamente um núcleo base de serviços clínicos que englobam: “vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida; cuidados em situação de doença aguda; acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla; cuidados no domicílio; e interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão” (Portaria n.º 1368/2007, p. 7656). Por outro lado, a USF deve ser um espaço de formação e inovação, na medida em que o desenvolvimento profissional contínuo dos seus elementos é um requisito indispensável para o seu sucesso e para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados (Portaria n.º 1368/2007).

A USF onde os estágios foram concretizados iniciou a sua atividade assistencial em 2011 e presta cuidados de saúde, individuais e familiares, aos inscritos residentes na área de influência que inclui três freguesias do município. O concelho onde está inserida tem uma área total de 62,42 km<sup>2</sup>, 172.557 habitantes em 2021 e uma densidade populacional de 2.764 habitantes/km<sup>2</sup>, subdividido em quatro freguesias.

Trata-se de uma USF modelo B, que estabelece uma maior maturidade organizativa, onde o trabalho em equipa é estimulado e é garantida cobertura total de médico e enfermeiro de família aos utentes. Os profissionais recebem uma remuneração-base e um pagamento variável (incentivos mediante a produtividade), associado ao desempenho, designadamente pelo alargamento da lista de utentes, pela realização de domicílios e pela qualidade evidenciada no acesso e na assistência clínica (Governo da República Portuguesa, 2023).

A USF tem como missão dar resposta às expectativas dos utentes nela inscritos, em termos humanos e técnicos, prestando cuidados de saúde personalizados, de forma a garantir a acessibilidade, a globalidade, a continuidade e a qualidade dos mesmos. A visão enunciada é ser uma unidade de referência na satisfação

dos utentes e dos profissionais envolvidos, promovendo a qualidade, a eficácia e a efetividade na prestação dos cuidados de saúde. Os valores orientadores da sua atividade são: autonomia, cooperação, solidariedade, qualidade, articulação e gestão participativa (Unidade de Saúde Familiar [USF], 2022).

A USF apresenta uma zona assistencial e uma zona de retaguarda (não assistencial ou *back office*) localizada no primeiro piso. Partilha o espaço com uma outra USF, uma UCC, uma URAP e um laboratório de análises clínicas. As instalações são constituídas por um secretariado, uma sala de espera, uma sala de arquivo, oito gabinetes médicos, cinco gabinetes de enfermagem, duas salas de tratamentos, uma sala de vacinação, uma sala de saúde infantil, uma copa e uma sala de reuniões comuns às outras unidades funcionais, uma biblioteca, um vestiário feminino e um masculino, um espaço para sujios, uma casa de banho para os profissionais e três casas de banho para os utentes.

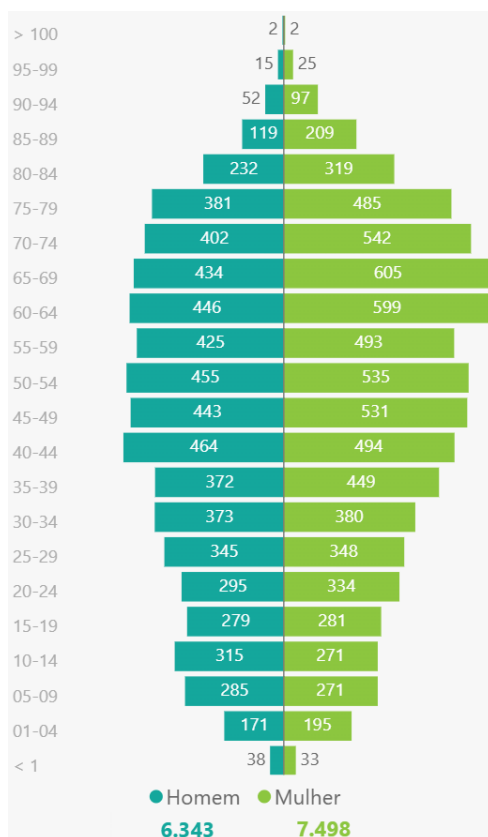
O horário de funcionamento da USF é das 08h às 20h, nos dias úteis, e a sua equipa multidisciplinar é composta por 23 profissionais: nove médicos, oito enfermeiros (um especialista em enfermagem comunitária, dois especialistas em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, um especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e um especialista em enfermagem de reabilitação) e seis secretários clínicos. Outros profissionais exercem também atividade na USF, nomeadamente técnicos auxiliares de saúde, assistentes operacionais, seguranças e profissionais de saúde em fase de pré e pós-graduação. Todos os profissionais trabalham em equipa para prestarem cuidados de saúde aos utentes, inscritos em lista de médico/enfermeiro de família, sendo que as equipas estão organizadas na lógica da equipa de saúde em CSP, na qual fazem parte um médico, um enfermeiro e um secretário clínico. Os utentes da USF têm acesso aos serviços clínicos da unidade, mas também aos serviços complementares disponibilizados, tais como articulação com a URAP (consultas e consultorias de Psicologia, Nutrição, Medicina Dentária, Psiquiatria, Pedopsiquiatria e Endocrinologia), Serviço Social, análises clínicas, espirometrias e atividades incluídas nos projetos da UCC e Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), através de referenciação interna (USF, 2022).

Os utentes são inscritos em cada médico e enfermeiro de família em lista própria privilegiando-se a estrutura familiar, em consonância com o definido por lei (Decreto-Lei n.º 103/2023). Nos casos dos utentes inscritos na USF não residentes nesta área, a atividade domiciliária será delegada na unidade de saúde mais próxima da residência do utente, mediante acordo de cooperação. Da mesma forma, a USF coopera com outras unidades de saúde cujos inscritos residam de forma temporária na área supracitada (USF, 2022).

Em matéria de serviços prestados à comunidade, a USF dispõe de consultas não programadas/abertas, visitação domiciliária e consultas programadas médicas e de enfermagem marcadas pelo médico, enfermeiro ou utente, com a periodicidade determinada pelas normas da Direção-Geral da Saúde (DGS), no âmbito da Saúde do Adulto e do Idoso; Hipertensão Arterial e Diabetes; Saúde Infantil e Juvenil; Saúde Materna; Planeamento Familiar; Rastreio oncológico; Tratamentos/Injetáveis; e Vacinação. Como alternativas assistenciais, em caso de doença aguda, fora do horário de atendimento da USF, os utentes poderão ser atendidos/orientados para o Serviço de Atendimento Complementar (SAC) ou para o hospital da área de residência (USF, 2022).

Conforme os dados obtidos da plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do SNS, em fevereiro de 2025, a USF em questão conta com 13.841 utentes inscritos, correspondendo a 19.053,50 unidades ponderadas (BI-CSP, 2025). O índice de dependência total situa-se nos 65,94% (18,93% em jovens e 47,01% em idosos), valor superior ao nacional (índice de dependência total: 57,87%; 19,66% em jovens; e 38,21% em idosos) e ao da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) (índice de dependência total: 54,79%; 18,09% em jovens; e 36,7% em idosos). Mediante informação do BI-CSP (2025), 71 são crianças no primeiro ano de vida e 2.817 são mulheres em período fértil (entre os 15-54 anos).

A distribuição da população inscrita na USF, pelos diferentes grupos etários e por género, está representada na Pirâmide Etária da Figura 1.



**Figura 1** - Pirâmide Etária da população inscrita na USF (Fonte: BI-CSP, 2025)

Da sua análise, verifica-se uma pirâmide mais alargada no topo, refletindo o aumento da população idosa (idade  $\geq 65$  anos), equivalente a 3.921 utentes (28,3%) da USF, e o decréscimo da população jovem (0-14 anos), equivalente a 1.579 utentes (11,4%) da USF. Analogamente, na ULS à qual a USF pertence existem 42.567 indivíduos (24%) com 65 ou mais anos e 21.466 jovens (12,1%) entre os 0 e os 14 anos (BI-CSP, 2025). Entre 2009 e 2019 tornou-se mais acentuado o duplo envelhecimento demográfico observado nas últimas décadas em Portugal, espelhado no estreitamento da base e no alargamento do topo. De facto, neste espaço temporal, o número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou em 350.028 pessoas, o número de jovens diminuiu em 221.008

peças e o número de pessoas em idade ativa (com idades entre os 15 e os 64 anos) também diminuiu, em 406.590 pessoas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022).

A pirâmide etária demonstra também que a percentagem de mulheres (54,2%) é superior à de homens (45,8%) e que a faixa etária com mais efetivos do sexo feminino é a dos 65-69 anos e do sexo masculino é a dos 40-44 anos.

Os problemas ativos nos utentes inscritos na USF (num universo de 12.920 utentes com pelo menos um problema ativo), descritos na Figura 2, aludem aos 10 mais preponderantes, com dados referentes a dezembro de 2024.

ICPC	Nº Ut.	Proporção
T83 - Excesso de peso	4.810	37,23%
T93 - Alteração dos lípidos	4.185	32,39%
K86 - Hipertensão sem complicações	3.440	26,63%
T82 - Obesidade	2.306	17,85%
P17 - Abuso do tabaco	2.118	16,39%
P76 - Perturbação depressiva	1.966	15,22%
L86 - Síndrome da coluna com irradia...	1.896	14,67%
W11 - Contraceção oral	1.891	14,64%
P74 - Distúrbio ansioso/estado de ans...	1.646	12,74%
P06 - Perturbação do sono	1.545	11,96%

**Figura 2** - Problemas ativos nos utentes inscritos na USF (Fonte: BI-CSP, 2024)

Ao efetuar a análise comparativa das suas proporções com as verificadas em igual período na ARSN, é observável que os nove primeiros problemas ativos identificados surgem concomitantemente e pela mesma ordem nas duas listagens (BI-CSP, 2024).

Para o ano de 2024, a USF contratualizou dois planos de melhoria contínua na área do desempenho assistencial: subárea do acesso e subárea da gestão da doença. Na subárea da gestão da doença, os valores dos quatro indicadores de desempenho escolhidos na dimensão da DM estão abaixo do esperado, pelo

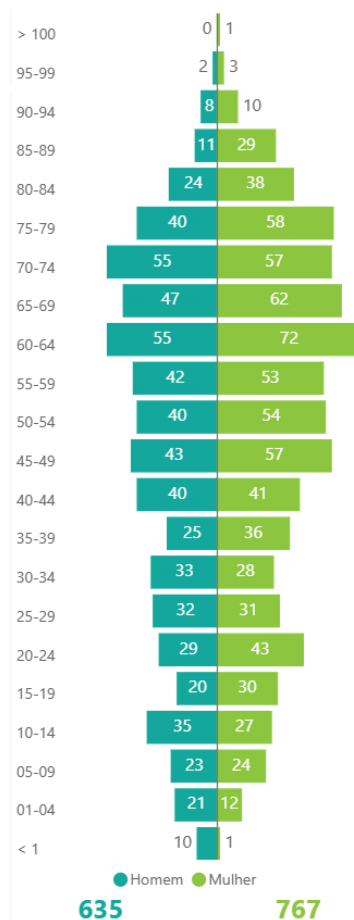
que são aqueles que têm uma maior margem para melhoria: 274 - Proporção de utentes com diabetes tipo 2 e indicação para insulino terapia, a fazer terapêutica adequada; 275 - Proporção de utentes com novo diagnóstico diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia; 314 - Proporção de utentes com diabetes com valor da última tensão arterial superior a 140/90 mmHg; e 382 - Proporção de utentes adultos com registos clínicos evidenciando a existência de DM, com registo de diagnóstico na lista de problemas (USF, 2024a).

## **2.2. Caracterização geral das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante**

O ficheiro da enfermeira orientadora cooperante compreende 1.402 cidadãos inscritos, que totalizam 844 famílias à data de dezembro de 2024 (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [MIM@UF], 2024).

Atentando a que “A cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.” (Decreto-Lei n.º 298/2007, p. 5590) e que “Para efeitos de cálculo da dotação de enfermeiros adequada em cada USF, aplica-se o seguinte rácio: um enfermeiro por 1.550 clientes, ou 1917 unidades ponderadas; um enfermeiro por 350 famílias.” (Regulamento n.º 743/2019, p. 133), torna-se evidente que o número de famílias atribuídas à enfermeira orientadora cooperante é bastante superior ao recomendado por lei, embora o número de clientes esteja dentro do permitido e preconizado pelo indicador da Ordem dos Enfermeiros.

A Figura 3 ilustra a Pirâmide Etária dos indivíduos da lista da enfermeira orientadora cooperante relativa ao mês de dezembro de 2024.



**Figura 3** - Pirâmide Etária dos utentes da lista da enfermeira orientadora cooperante (Fonte: BI-CSP, 2024)

A pirâmide etária mostra que 445 (31,7%) dos inscritos são idosos com 65 ou mais anos de idade (65-74 anos: 15,7% e ≥ 75 anos: 16%) e 153 (10,9%) são jovens (0-14 anos). Os restantes indivíduos (15-64 anos) encontram-se em idade ativa (57,3%), à semelhança do que acontece na pirâmide etária da USF. Entre a população com 65 ou mais anos de idade (445 idosos), 49,7% tem entre 65 e 74 anos e 50,3% tem idade ≥ 75 anos.

Os 10 principais problemas ativos nos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante catalogados em dezembro de 2024 estão explicitados na Figura 4.

ICPC		Qtd Problemas	TOP
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	681	1
T83	EXCESSO DE PESO	603	2
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	393	3
P06	PERTURBAÇÃO DO SONO	302	4
T82	OBESIDADE	284	5
P74	DISTÚRPIO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE	281	6
L86	SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES	245	7
D82	DOENÇAS DOS DENTES / GENGIVAS	242	8
P17	ABUSO DO TABACO	238	9
L92	SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO	236	10

**Figura 4** - Problemas ativos nos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante  
(Fonte: MIM@UF, 2024)

De realçar que os principais problemas ativos nos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, apesar de não estarem dispostos nas mesmas posições pela sua diferente proporção, são coincidentes com os problemas ativos nos utentes da USF.

O levantamento do número de contactos de enfermagem em programa de saúde através da aplicação informática MIM@UF (2024) respeitantes ao ano de 2023 permitiu uma compreensão mais detalhada da lista da enfermeira orientadora cooperante: Grupo de Risco: Hipertensão – 650; Grupo de Risco: Diabetes – 445; e Saúde Idoso – 508 > Total de 2.505 contactos.

Para além disso, as listas de utentes por programa de saúde, retiradas do perfil da enfermeira orientadora cooperante no SClínico-CSP®, traduzem também os elementos anteriormente versados: Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares Risco: Hipertensão – 517 utentes; Programa Nacional para a Diabetes – 199 utentes; e Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas – 438 utentes.

### 2.2.1. Caracterização das 60 famílias

Para caracterizar um grupo de 60 famílias pertencentes à lista da enfermeira orientadora cooperante, foi previamente elaborado e posteriormente aplicado um

questionário às famílias que se dirigiram à USF para consulta com a enfermeira orientadora cooperante ou durante visitas domiciliares, com o objetivo de facilitar e otimizar o processo de colheita de dados. As famílias foram selecionadas de forma oportunista até ser obtido o número pretendido, totalizando uma amostra final de 143 indivíduos (amostragem por conveniência). Após o preenchimento dos questionários de forma presencial, por meio de entrevista com um ou mais elementos de cada agregado familiar, todos os dados relevantes foram sumarizados e transpostos para uma tabela *Excel* onde foram analisados numa perspectiva descritiva, possibilitando a sua representação em gráficos.

Os dados avaliativos que constaram da caracterização das 60 famílias foram: número de elementos do agregado familiar, idade, sexo, hábitos tabágicos, patologias crônicas/antecedentes pessoais relevantes, existência de membro da família dependente no autocuidado, existência de prestador de cuidados, tipo de família, subsistemas familiares, etapa do ciclo vital familiar, se aplicável (Duvall & Miller, 1985), escolaridade, profissão, instrução, origem do rendimento familiar, classe social (Escala de Notação Social da Família – Graffar Adaptado c/3 itens) e presença de animal doméstico.

Analisando toda a informação recolhida, é possível verificar que a média do número de elementos do agregado familiar é de 2,38, variando entre 1 e 4. No que reporta à idade, a média fixa-se nos 52 anos, variando entre 0 e 89 (desvio padrão de 24), sendo que a maior parte dos membros das famílias têm idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (53,8%); 37,8% da amostra tem 65 ou mais anos de idade (18,9% na faixa etária dos 65-74 anos e 18,9% com  $\geq 75$  anos) e 8,4% tem entre 0 e 14 anos. O sexo feminino apresenta apenas um ligeiro acréscimo na representatividade entre os utentes que integram as 60 famílias (50,3%) comparativamente ao sexo masculino (49,7%). Relativamente aos hábitos tabágicos, 15 dos 143 indivíduos fumam, o que corresponde a 10,5% da amostra final. No que respeita às patologias crônicas por elemento, constata-se que a HTA e a DM tipo 2 são as mais prevalentes no seio das 60 famílias. A coexistência simultânea de várias patologias no mesmo utente é uma realidade, no entanto, no caso da HTA e da DM tipo 2, constitui um número expressivo (20%). Três das 60 famílias (5%) apresentam um membro da família com

dependência no autocuidado. A família nuclear é o tipo de família mais prevalente nas 60 famílias (61,7%), seguindo-se a do tipo unipessoal (18,3%). Os subsistemas familiares que predominam são o conjugal e o parental. De salientar que em algumas famílias existem dois ou mais subsistemas familiares presentes, dependendo do tipo de família. Tendo em conta a classificação da etapa do ciclo vital familiar (aplicável apenas a famílias do tipo nuclear), a maior parte encontra-se na etapa VIII correspondente a família idosa/em envelhecimento (45,9%), seguindo-se a etapa VI correspondente a família com filhos adultos (24,3%). A classe social dominante, considerando a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), é a IV, Classe Média Baixa (58,3%), seguindo-se a III, Classe Média (15%). Dezoito famílias têm animal doméstico (30%).

Atendendo ao que emergiu da caracterização das 60 famílias, o elevado predomínio de famílias nucleares inseridas na etapa VIII do ciclo vital “Família idosa/em envelhecimento” e os seus elementos apresentarem diagnóstico médico de uma ou mais patologias crónicas foram factos conducentes à escolha do tema do presente relatório: avaliação e intervenção em famílias nucleares com idosos portadores de doença crónica.

O número final de famílias selecionadas para a prestação de cuidados foi determinado com base na definição de critérios de inclusão, nomeadamente: famílias nucleares inscritas na lista da enfermeira orientadora cooperante (residentes na área de influência da USF) a vivenciar a etapa VIII do ciclo vital; famílias compostas, exclusivamente, por casais de idosos entre os 65-74 anos, independentes no autocuidado, nas quais ambos os membros do subsistema conjugal sejam portadores de HTA e DM tipo 2 (via SClínico-CSP® + via MIM@UF + via enfermeira orientadora cooperante); utentes com disponibilidade e consentimento para as consultas de enfermagem e acompanhamento no seu processo de saúde. A aplicação dos critérios de inclusão no processo de seleção resultou na identificação de cinco famílias.

### 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é essencial na delimitação, análise e apropriação dos principais conceitos-chave, ao contextualizar o tema com fundamentação científica sustentada e atualizada. O presente capítulo aborda a definição de família no domínio teórico e o papel da enfermagem de saúde familiar e do EEECESF na prestação de cuidados de enfermagem no campo de ação dos CSP. Numa segunda parte, é explorado o conhecimento que alicerça a avaliação e intervenção em famílias nucleares com idosos portadores de doença crônica.

#### 3.1. A Família, a Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

O conceito de família é complexo e dinâmico, com definições e interpretações que variam consoante a época, a cultura e o contexto social. A investigação científica tem explorado amplamente este conceito, revelando a sua importância central para o desenvolvimento e bem-estar dos indivíduos.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011, p. 6), a família é “um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente.”

O conceito de família segundo a *International Family Nursing Association* (IFNA, 2015) está explícito na sua Declaração de Posição sobre Competências do Enfermeiro Generalista na Prática de Cuidados à Família. Neste documento, a IFNA reconhece que:

“As famílias têm competências, forças e processos interacionais únicos, que influenciam as crenças de saúde da família, os seus objetivos e as suas ações. Todas as famílias têm a capacidade de transformar a sua qualidade de vida e a saúde da família. Toda a comunicação verbal e não-verbal da família é significativa. Todas as famílias possuem um legado

cultural que é integral à saúde da família e da vida familiar.” (IFNA, 2015, p. 3-4).

A família é frequentemente definida como uma unidade social composta por pessoas unidas por laços de consanguinidade, afinidade ou outras formas de compromisso (Walsh, 2016). Hoje, a representação de família transcende a estrutura nuclear tradicional (pais e filhos), abrangendo lares monoparentais, casais sem filhos, famílias reconstituídas e redes de apoio que incluem amigos e familiares não biológicos (Walsh, 2016). Esta diversidade reflete-se na literatura, que aponta que a família pode ser formada por qualquer configuração que ofereça suporte, afeto e partilha de recursos. Deste modo, as mudanças ocorridas nas últimas décadas na sociedade portuguesa implicaram alterações na estrutura e na organização familiares, associadas a modificações sociodemográficas que conduziram a novas necessidades de saúde (Spínola & Figueiredo, 2023).

Relvas (2000) reconhece a família como um sistema de indivíduos que estabelecem entre si interações específicas, organizadas e consistentes, conferindo-lhe identidade própria e capacidade autónoma de funcionamento. Contudo, enquanto grupo, sujeito a transições normativas e acidentais que condicionam a sua evolução, a família desenvolve diversas funções que se transformam ao longo das diferentes fases do ciclo vital (Figueiredo, 2012).

A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros. Como sistema evolutivo, deve ser compreendida, na sua composição, por indivíduos que interagem entre si, e os seus vínculos, no espaço, como o ambiente social em que estão inseridos, entendido como contexto (Feldner et al., 2018).

Independentemente da sua constituição e estrutura, as famílias desempenham um conjunto de funções intrínsecas à preservação/manutenção da coesão da unidade familiar, que pretendem dar resposta às suas necessidades, às necessidades individuais dos seus membros e às expectativas da sociedade (Spínola & Figueiredo, 2023).

Por outro lado, existe um padrão de regularidade nos processos desenvolvimentais da família que se reporta aos eventos transacionais que promovem o seu crescimento (Figueiredo, 2012). A capacidade da família para lidar com as transições e o tempo que necessita para voltar ao seu novo ponto de equilíbrio depende do tipo de acontecimento. Logo, “o entendimento da transição como processo que ocorre num tempo, com sentido de fluxo e movimento, sem limites bem definidos, adequa-se ao processo coevolutivo que as famílias vivenciam ao longo do seu ciclo vital” (Silva et al., 2023, p. 152).

O ciclo vital da família é uma sequência previsível de etapas de desenvolvimento e consiste em transformações na estrutura da família, em função do cumprimento de tarefas que caracterizam essas diferentes etapas. As tarefas a desenvolver pela família relacionam-se com as características individuais dos seus membros, com a própria dinâmica interna da família e com o grupo social em que se insere (Relvas, 2000). O ciclo de vida da família contextualiza, assim, a visão do sistema familiar quanto à sua história, vulnerabilidade, redes e recursos.

Compreender o ciclo vital da família como um percurso dinâmico e singular, marcado por processos evolutivos próprios e interações transacionais, possibilita a implementação de cuidados com carácter antecipatório, orientados para o reforço das suas capacidades adaptativas. Ao desenvolver as tarefas essenciais de cada etapa, a família adquire ferramentas que lhe permitem enfrentar de forma mais eficaz futuras transições. De facto, as mudanças associadas ao desenvolvimento familiar impulsionam ajustes tanto no funcionamento estrutural, como nos padrões relacionais da família (Figueiredo, 2012).

Existem vários modelos compreensivos do ciclo vital da família. Os mais conhecidos e utilizados são os modelos de ciclo de vida propostos por Duvall e Miller (1985) e por Carter e McGoldrick (1995) e o modelo português de Relvas (2000). Em comum, estes modelos apresentam um esquema de classificação em etapas que demarcam uma sequência previsível de mudanças na organização familiar ao longo do tempo e que se distinguem pelo aparecimento ou saída de elementos da família, pela adoção de novas tarefas de

desenvolvimento a realizar e pelo posicionamento dos filhos na família (Alarcão, 2000). Possuem também em comum, a formação da família, a sua expansão, a consolidação e abertura, e a sua dissolução (Moratto et al., 2015). Pelo contrário, os modelos diferenciam-se pelo número de etapas e pelos momentos de transição.

Nos anos 1950 do século XX, Duvall (1957) apresentou um modelo de classificação com quatro etapas do ciclo de vida da família, que posteriormente, com Miller, aumentou para oito, introduzindo a noção de tarefas de desenvolvimento: “casal sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho); família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até á idade pré-escolar); família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até á adolescência); família com adolescentes (da saída da escola ao inicio dos estudos superiores); família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma); e família idosa (da reforma à viuvez, que corresponde à fase de envelhecimento dos membros da família)” (Duvall & Miller, 1985, como citado em Silva et al., 2023, p. 153-154). Esta classificação aplica-se à família nuclear e considera a presença dos filhos e a idade do filho mais velho como critérios para a delimitação das etapas.

Analisar com a família as fases de vida pelas quais passa e compreender a forma como se reorganiza para encontrar novas soluções para os seus desafios permite que, em conjunto, sejam equacionadas novas visões sobre as potencialidades e as possibilidades de enfrentar esses mesmos desafios ao longo do seu desenvolvimento (Silva et al., 2023).

Ao envolver a família como unidade de cuidados, a enfermagem de saúde familiar destaca-se como uma abordagem integral e multifacetada, implementando intervenções mais eficazes e adequadas ao contexto de cada família. O foco no sistema familiar torna-se essencial na promoção de uma saúde familiar sustentável, preventiva e centrada nas necessidades reais das famílias.

A enfermagem de saúde familiar é entendida como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico que toma como objeto de estudo a família. Figueiredo (2012, p. 70) refere que “os cuidados de

enfermagem centrados na família, enquanto alvo e unidade de intervenção, são regidos por um paradigma sistémico”. Seja qual for o nível da prática de enfermagem de família, a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que motivem/suportem a conceção de cuidados orientados para o processo de enfermagem (desde a colheita de dados até ao planeamento, implementação e avaliação das intervenções).

Nesta lógica, com base no pensamento sistémico (referencial epistemológico) e fundamentados em referenciais teóricos como a Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 2006), a Teoria da Cibernética (Wiener, 1948) e a Teoria da Comunicação Humana (Watzlawick et al., 2002), surgiram vários modelos de avaliação e intervenção familiar, nomeadamente o Modelo *Calgary* de Avaliação da Família (MCAF) publicado pela primeira vez em 1984; o Modelo *Calgary* de Intervenção na Família (MCIF) lançado em 1994, associado ao MCAF (Wright & Leahey, 2012); e o MDAIF divulgado em 2009 (Figueiredo, 2009), que tem como fontes teóricas o MCAF e o MCIF.

O MDAIF, da autoria de Figueiredo (2009, 2012), constitui-se como referencial teórico e operativo da enfermagem de saúde familiar e integra como componentes os conceitos, os pressupostos, os princípios, as principais definições e a matriz operativa. A matriz operativa proporciona a definição de aspetos essenciais dos cuidados de enfermagem e incorpora áreas de atenção integradas em cada dimensão (dimensão estrutural, dimensão de desenvolvimento e dimensão funcional). As áreas de atenção são designadas por atributos relevantes dos membros da família como um todo, que podem ser classificados, segundo o juízo clínico do enfermeiro, como necessidades ou recursos. A avaliação familiar é desenvolvida a partir do conjunto destas áreas de atenção subdivididas em dados avaliativos (itens de caracterização da família que suplementam a compreensão da sua estrutura) e viabiliza o conhecimento mais aprofundado e detalhado da família (Figueiredo, 2023a). Este modelo foi concebido com o objetivo de responder às necessidades sentidas pelos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas ao sistema familiar, como contributo para a sua consolidação e afirmação nos CSP (Figueiredo, 2012).

Em Portugal e no que diz respeito aos CSP, são priorizadas as intervenções em rede, como também a presença de um paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo de vida. O enfermeiro de família revela-se como “o profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária” (Regulamento n.º 367/2015, p. 17385).

A complexidade explícita nas respostas às duas competências definidas para o EEECESF, bem como a diversidade de regimes terapêuticos nos processos de comorbilidade que afetam alguns membros das famílias, particularmente em idades mais avançadas, exigem que este profissional seja detentor de conhecimento aprofundado e sustentado na melhor evidência possível para atender a família e cada um dos seus membros. No desempenho deste papel, o EEECESF procura mobilizar toda a evidência num processo de pensamento crítico-reflexivo aprofundado para a tomada de decisão em cada uma das etapas da conceção de cuidados (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023; OE, 2023)

Adicionalmente, o EEECESF, ao considerar a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente. Desta forma, “a família, enquanto unidade sistémica, assume-se como alvo e contexto de intervenção dos cuidados de enfermagem, com ênfase numa abordagem colaborativa que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências” (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023, p. 57).

A Ordem dos Enfermeiros (2023, p. 1) menciona que o EEECESF “concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade”, aplicando conhecimentos na avaliação da saúde da família, tendo em consideração quer as relações dinâmicas que se estabelecem entre os seus membros, tomando como foco o processo familiar, bem como as necessidades das pessoas que a integram, perspetivando-as em termos espirituais, antropobiológicos, sociais e culturais. Possui também um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a identificar as forças, os

significados, as crenças e os sentidos que as famílias atribuem aos processos de saúde-doença (OE, 2023).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015) pretendem ser norteadores da prática especializada, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Apontado como o profissional de referência na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo vital da família, o EEECESF, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, detém a responsabilidade de fornecer cuidados de enfermagem globais a um grupo restrito de famílias, sendo-lhe atribuídas, entre outras missões, o reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde; ser parceiro na gestão, promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família; ser o elo de ligação entre a família, outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde; e ser mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família, enquanto sistema social (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023; Regulamento n.º 367/2015). Configura-se como importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, realizando a avaliação familiar e implementando intervenções promotoras de mudanças no funcionamento da família, como unidade sistémica (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

### **3.2. Famílias Nucleares com Idosos Portadores de Doença Crónica**

A nível global, assiste-se a um crescente aumento da população idosa, prevendo-se que o número de pessoas com 60 ou mais anos duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100. Em 2017, este grupo etário representava cerca de 13% da população mundial (962 milhões), estimando-se que atinja os 2,1 mil milhões em 2050, correspondendo a aproximadamente 22% da população global. Esta transformação demográfica configura-se como uma das mudanças sociais mais marcantes do século XXI, com repercussões significativas em

múltiplos setores da sociedade (ONU Portugal, 2024; World Health Organization [WHO], 2024).

Assim como outros países da União Europeia, Portugal tem registado, nas últimas décadas, profundas alterações demográficas, assinaladas pelo aumento progressivo do índice de envelhecimento, que decorre, essencialmente, do declínio da taxa de natalidade e do aumento gradual da esperança média de vida (Barbosa, 2021).

Para uma melhor perceção da realidade portuguesa acerca do envelhecimento demográfico, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024) mostram que, em 2023, o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 188,1 idosos por cada 100 jovens (184,4 em 2022).

De acordo com a mesma fonte, verificou-se também o aumento da percentagem de idosos ( $\geq 65$  anos) residentes em Portugal, que passou de 19,5% (em 2012) para 24,1% (em 2023). O índice de longevidade (relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos) fixou-se nos 49,1 no ano de 2023 (INE, 2024), com uma variação de 0,4% face a 2022 (48,7).

O envelhecimento da população tem consequências nos tipos de família e na forma como se organizam, ocorrendo uma projeção ascendente para famílias unipessoais e de/com idosos. Os resultados do último Censos em Portugal, publicados pelo INE (2023), retratam esta tendência, com os agregados domésticos privados unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos a representarem 12,5% do total dos agregados domésticos privados (10,1% em 2011).

A atenção perante a especificidade das famílias tem vindo a ser evidente nos últimos anos e, como reflexo do fenómeno de envelhecimento, emergem famílias com características específicas associadas à oitava e última etapa do ciclo vital: família idosa. Duvall e Miller (1985) identificaram oito tarefas no desenvolvimento

das famílias de idosos: a habitação onde se quer viver, à medida que o envelhecimento vai progredindo; um reajuste aos rendimentos, devido ao processo de reforma; o estabelecimento de rotinas confortáveis; a proteção da saúde física e mental; a capacidade para manter o amor, o sexo, e as relações conjugais; manter contacto com outros membros da família; manterem-se ativos e envolvidos e encontrar o sentido para a vida.

Martins e Ribeiro (2023, p. 201) afirmam que “a pessoa idosa tem particularidades bem conhecidas: por um lado, mais doenças crónicas e fragilidades; por outro, menos recursos sociais e financeiros”. Neste contexto, o envelhecimento populacional acarreta mudanças na estrutura e no funcionamento das famílias, aumentando a proporção de agregados familiares que incluem pessoas idosas (Souza et al., 2015).

A verdade é que nem sempre maior longevidade é sinónimo de uma vida livre de doença e/ou de alguma dependência e, naturalmente, à medida que a idade aumenta, a pessoa idosa dependerá cada vez mais dos outros, bem como dos apoios sociais e familiares (Cabral et al., 2013). Importa então salientar que, como é expectável, uma maior longevidade pressupõe alterações substanciais no que se refere, em particular, à condição de saúde e à participação na vida social, contudo, com um suporte familiar menor. Com efeito, viver mais implica também uma maior exposição a doenças crónicas, assim como a um declínio das redes pessoais, familiares e sociais (Martins & Ribeiro, 2023).

A melhoria das condições de vida e de salubridade, aliada ao avanço do conhecimento científico e à evolução/inovação tecnológica e farmacológica, são aspetos positivos do desenvolvimento social que se traduzem em ganhos muito expressivos, como por exemplo, em abordagens terapêuticas mais eficazes que incrementam a esperança média de vida. Com o aumento da longevidade, como referenciado anteriormente, é normal que o impacto de tal situação nas respostas corporais se faça sentir, desencadeando o aparecimento de doenças crónicas, muitas vezes com regimes terapêuticos complexos, o que torna mais difícil aos serviços, às famílias e às pessoas, a sua gestão e autogestão. Vinculada a este facto, destaca-se a importância das decisões individuais quanto

à “forma” de viver e envelhecer, escolhendo estilos de vida mais ou menos saudáveis (Bastos et al. 2023).

A prevalência de doenças crônicas, como DM, HTA, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, continua a aumentar globalmente, impulsionada pelo envelhecimento da população, pelo sedentarismo e por dietas pouco saudáveis. Estudos indicam que quase 60% das mortes a nível mundial acontecem devido a estas doenças, o que reforça a necessidade da adoção de estratégias preventivas e de gestão efetiva (WHO, 2023).

A HTA trata-se de uma “doença de etiologia multifatorial, altamente prevalente nas pessoas de mais idade e que concorre consideravelmente para o aumento da mortalidade” (Fontinele & Duque, 2021, p. 2447-2448). As doenças cardiovasculares, cancro e DM tipo 2 são as principais causas de morbilidade e mortalidade em idosos com 65 anos ou mais (Silocchi & Junges, 2017).

O desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é complexo, tornando necessárias ações que não apenas foquem o indivíduo, mas que também tenham em consideração os aspetos sociais, económicos e culturais do problema. As doenças crônicas “impõem uma carga enorme e crescente aos indivíduos, famílias e sociedade, bem como aos sistemas de saúde, representando a maioria das mortes e contribuindo para os custos de incapacidade e saúde” (Fontinele & Duque, 2021, p. 2447).

As DCNT caracterizam-se por serem patologias de longo prazo, com progressão gradual dos sintomas e improbabilidade de solução espontânea, sendo potencialmente incapacitantes e, normalmente, resultam de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e/ou comportamentais. Conquanto não representem, na maioria dos casos, uma emergência ou urgência imediatas, as DCNT podem igualmente provocar impacto social nos idosos, nas famílias e na própria comunidade (Fontinele & Duque, 2021). Os mesmos autores denotam que, embora a maioria das pessoas idosas apresente pelo menos uma doença crônica, isso não implica necessariamente uma limitação funcional. Muitas mantêm níveis elevados de autonomia e independência, conseguem gerir adequadamente as suas patologias e manifestam satisfação com a sua

qualidade de vida. Contudo, preservar um estado de saúde favorável na velhice constitui um desafio considerável, devido à presença de doenças crónicas, às alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento e a fatores socioeconómicos que dificultam a concretização de um envelhecimento ativo e saudável (Fontinele & Duque, 2021).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas refere que “a informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é fundamental à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações” (DGS, 2006, p.12).

As doenças crónicas podem exigir a mudança de comportamentos e hábitos de vida, a criação de novos significados e a gestão de novos sentimentos, podendo ser uma das causas geradoras de stresse numa fase de transição e adaptação que ocorre ao longo do tempo. A Teoria das Transições (Meleis, 2010), desenvolvida por Afaf Meleis, é uma teoria de médio alcance que explora como as pessoas experienciam e respondem às transições significativas na sua vida, como mudanças de saúde, sociais e de desenvolvimento. Identifica as transições como momentos críticos que afetam a saúde e o bem-estar dos indivíduos e sugere que, durante esses períodos, as pessoas são particularmente vulneráveis, necessitando de suporte adequado para se adaptarem às novas condições. Esta teoria fornece uma estrutura importante para compreender as mudanças e adaptações que os indivíduos enfrentam perante eventos de vida significativos, como o diagnóstico e a gestão da doença crónica. Foca-se na natureza das transições (mudanças ou passagens de uma condição para outra) e nas respostas que as pessoas desenvolvem para lidar com essas transições. À luz da doença crónica, a teoria das transições é especialmente relevante, pois oferece uma visão abrangente sobre os desafios e o impacto contínuo que essas condições podem ter na vida dos indivíduos e das suas famílias (Meleis, 2010).

O suporte familiar é considerado como um valioso recurso no apoio à gestão do tratamento na doença crónica, visto que está interligado a uma maior adaptação à doença e a um maior envolvimento na autogestão do regime terapêutico, visão

alinhada com o impacto que as condições externas, mas próximas do indivíduo, podem ter no decurso das transições vivenciadas (Bastos et al. 2023). A gestão da condição de saúde inclui o processo que envolve os esforços da família para incorporar o regime de tratamento e as necessidades especiais da pessoa com a doença. Vários autores integram a família no próprio conceito de autogestão, pois afirmam que a mudança num dos membros da família comporta mudanças em todo o sistema familiar e em todos os membros (Figueiredo, 2012).

A autogestão realizada pelas pessoas com doença crónica e pelas respetivas famílias potencia melhores resultados, porque o apoio e o envolvimento familiares são fatores facilitadores, não só na gestão das emoções e da doença, mas também em aspetos concretos da gestão do regime terapêutico (acompanhamento às consultas, interação com os profissionais de saúde, supervisão, apoio, administração de medicação, responsabilização pela alimentação e incentivo à atividade física). No entanto, a família pode ser encarada como um obstáculo por interferir negativamente no controlo da doença, quando existe pouco suporte familiar ou se trata de famílias com alguma disfuncionalidade (Bastos, 2012; Sousa, 2014).

O aparecimento de uma doença crónica pode ser um evento gerador de stresse, por isso, tanto a pessoa como o cônjuge e os familiares mais próximos, terão de empreender esforços no sentido de gerir o stresse, para que obtenham uma maior sensação de controlo e conforto psicológico. Enquanto subsistema conjugal, a adaptação do casal à situação de doença tem sido associada a um maior ou menor envolvimento da gestão do regime terapêutico (Bastos et al. 2023).

A estrutura e a funcionalidade da família influenciam diretamente a saúde física e mental dos seus membros. A família é vista como um sistema interdependente, onde eventos e transições vividas por um membro afetam todos, podendo levar a situações de stresse, crises ou, pelo contrário, de apoio mútuo que fortalece o bem-estar (Kaakinen et al., 2015).

O Modelo de Resiliência, Stresse, Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin (1993) visa explicar o potencial da família para lidar com

situações de crise e compreender os fatores relacionados com o ajustamento das famílias a situações de doença (Peixoto & Martins, 2012). Este modelo baseia-se na ideia de que as famílias estão em constante adaptação, sendo capazes de desenvolver mecanismos de resiliência que lhes permitem superar desafios e manter o funcionamento familiar equilibrado. As fases inerentes ao modelo são o ajustamento familiar e a adaptação familiar e cada um destes processos envolve a interação entre recursos internos (coesão, suporte emocional e estratégias de *coping*) e externos (rede social, apoio formal e acesso aos serviços de saúde) que influenciam a resposta da família ao stress. Face a um evento stressor, como a ocorrência de uma patologia num dos seus membros, a família tenta manter o equilíbrio com o objetivo de minimizar o impacto da doença na dinâmica familiar e otimizar a qualidade de vida individual e coletiva. Para tal, utiliza os meios ao seu alcance, faz a avaliação da situação e serve-se dos padrões de resolução de problemas e de *coping* familiar (Peixoto & Martins, 2012).

A relação entre o conceito de família e a saúde dos seus membros tem sido um dos focos de investigação da enfermagem de saúde familiar. A literatura indica que o apoio familiar pode impactar significativamente a adesão ao tratamento e a recuperação dos clientes, principalmente em casos de doença crónica (Feetham et al., 2019).

O Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 robustece o compromisso de promover uma cidadania sénior ativa e empenhada, “definindo um plano de ação para o envelhecimento populacional, com um leque estruturado de respostas para as transformações que ocorrem nesta fase da vida, garantindo a qualidade de vida e a dignidade na terceira idade” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, p. 31). O processo de envelhecimento ativo e saudável envolve a intervenção em múltiplas vertentes, tendo sido definidos seis pilares essenciais de atuação (divididos em subpilares), com especial relevo para o subpilar «Promoção da saúde e prevenção da doença» que inclui atividades e medidas dirigidas à promoção da saúde, à prevenção primária da doença e à deteção e atuação precoce, visando promover a redução da mortalidade precoce e diminuir a carga de doença e a dependência em

décadas futuras. As medidas são focadas na promoção de comportamentos protetores (exemplo: atividade física, alimentação, sono, etc.) fundamentais a nível físico e mental, nas áreas cardiovascular, doença mental e demências, oncológica e músculo-esquelética, as principais causas de morbimortalidade e de dependência na população e respetivos fatores determinantes (de risco e de proteção). A OMS (2020) designou a década 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, assumindo que será necessário envolver inúmeros setores para promover a melhoria do envelhecimento para além da saúde, tais como as finanças, os cuidados de longa duração, os sistemas de proteção social, a educação, o trabalho, os transportes, a habitação, a informação e a comunicação. Alerta ainda que o esforço terá de ser a nível nacional e regional, envolvendo os municípios, bem como os profissionais de saúde e de apoio social. A OMS defende que é fundamental prestar cuidados primários de saúde e cuidados integrados centrados na pessoa idosa e, sobretudo, promover a criação e adaptação de ambientes seguros, tornando-os facilitadores do envelhecimento ativo e saudável. Estes documentos colocam inúmeros desafios à sociedade, aos sistemas de saúde e, principalmente, ao EEECESF, que pode e deve responder de forma significativa e premente às necessidades na abordagem a famílias que integram pessoas idosas com doença crónica.

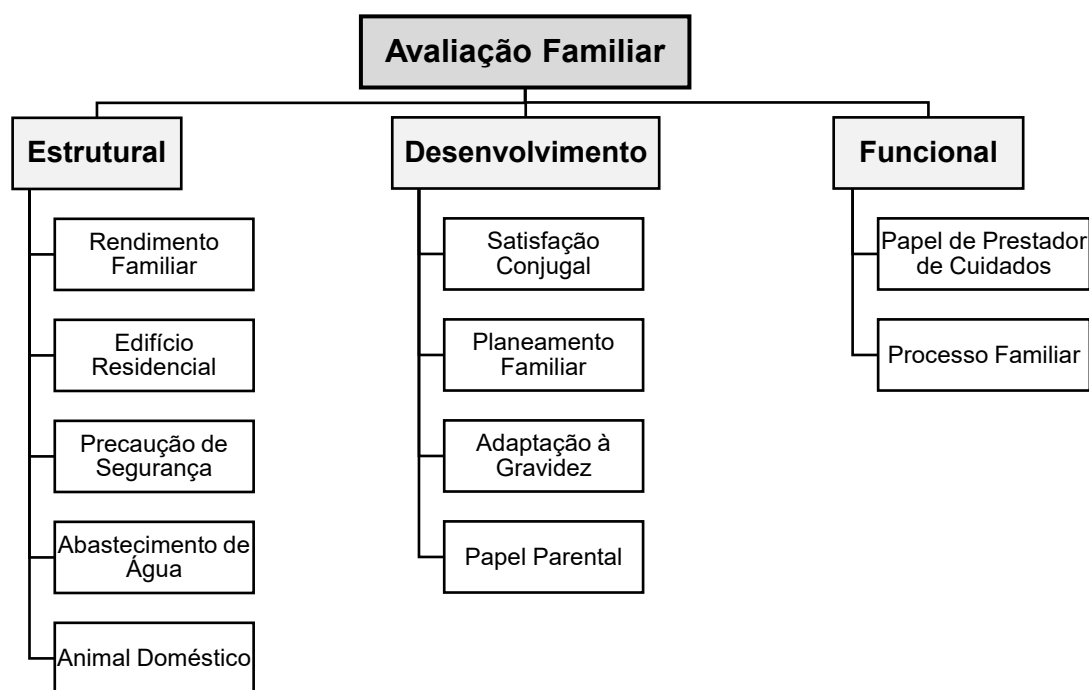
#### **4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA**

Neste capítulo, encontram-se explanadas, de forma sequencial, as atividades desenvolvidas no decorrer da componente clínica, com a finalidade de adquirir e aprofundar as competências comuns e específicas do EEECESF. Inicialmente, são detalhados os recursos que foram necessários para melhor compreender o processo de prestação de cuidados às famílias e a cada um dos seus membros, que é descrito posteriormente. De seguida, são exibidos os ganhos em saúde resultantes da avaliação e intervenção familiar e individual. No último subcapítulo, são relatadas as atividades desenvolvidas para aprimorar a competência relacionada com a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

##### **4.1. Prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados, e a cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção**

O Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros define o perfil de competências específicas do EEECESF, apresentando-as com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação. Deste ponto de vista, importa ressaltar que o EEECESF deve ser capaz de estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas, concretizável a partir da: “colheita de dados pertinentes para o estado de saúde da família; monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas; intervenção, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas; e facilitação da resposta da família em situação de transição complexa” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19357-19358). Todas estas competências culminam no envolvimento ativo e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar baseada na melhor evidência científica disponível, em colaboração com a família e os seus membros, garantindo a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (Regulamento n.º 428/2018).

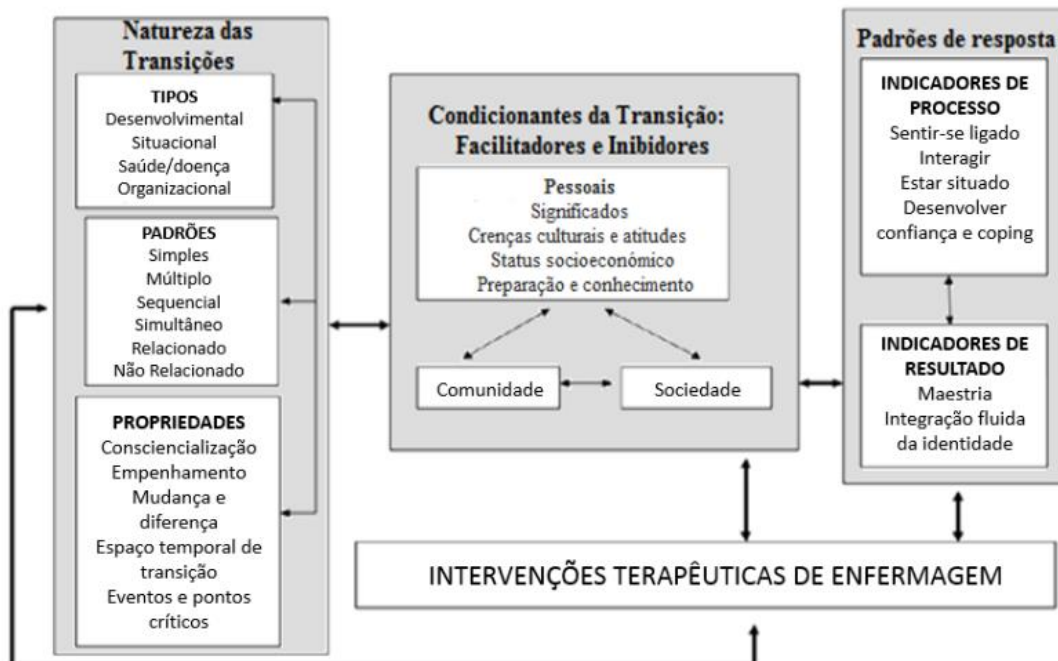
A prestação de cuidados à família, como unidade de cuidados, é orientada por modelos teóricos de excelência adotados pela enfermagem de saúde familiar, previamente aludidos no capítulo anterior, como sejam o MCAF e o MCIF de Wright & Leahey (2012) e o MDAIF de Figueiredo (2009, 2012). A matriz operativa do MDAIF é um recurso primordial na avaliação e intervenção familiar pelo seu carácter dinâmico, flexível e interativo, pois viabiliza a interligação entre as etapas do processo de enfermagem e a identificação das necessidades das famílias nas áreas de atenção patenteadas na Figura 5. Possibilita também o conhecimento mais aprofundado da família, o que permite direccionar para as áreas de atenção ajustadas ao sistema familiar e detetar recursos internos e externos da família que podem ser mobilizados no planeamento colaborativo das intervenções (Figueiredo, 2023a).



**Figura 5** - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação (Fonte: Figueiredo, 2012)

Concomitantemente, a metodologia de avaliação e intervenção individual dirigida aos membros das famílias tem como guia a Teoria das Transições (Meleis, 2010), esquematizada na Figura 6, atentando à natureza das transições (tipos,

padrões e propriedades), às condições facilitadoras e inibidoras da transição (pessoais, comunidade e sociedade), aos padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e às terapêuticas de enfermagem.



**Figura 6** - Diagrama da Teoria das Transições (Fonte: Adaptado de Meleis, 2010)

O fundamento teórico e a tomada de decisão clínica na prestação de cuidados às cinco famílias retratadas no relatório assentam nestes referenciais.

No decurso da prestação de cuidados e considerando a especificidade e a unicidade de cada família e de cada um dos seus membros, foram incluídas ferramentas que permitiram, por um lado, a colheita de dados e, por outro lado, a implementação de intervenções para a obtenção de ganhos em saúde.

Os instrumentos de avaliação familiar intrínsecos à matriz operativa do MDAIF utilizados foram o genograma (Bowen, 1993), o ecomapa (Hartman, 1995), a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) (Graffar, 1956), a FACES (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*) II (Olson et al., 1982) e a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (Smilkstein, 1978). A par de todos os instrumentos de avaliação familiar supracitados foi também usada a

Entrevista Familiar Sistémica (EFS), transversal a todos os contextos com enfoque na família. Para levar a cabo a avaliação e intervenção individual aos membros das famílias, recorreu-se à Escala de Quedas de *Morse* (Costa-Dias et al., 2014), ao Índice de *Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965), ao questionário da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado & Lima, 2001) e à entrevista motivacional.

O genograma consiste na representação gráfica da família e inclui, pelo menos, três gerações. Apresenta informação sobre o sistema familiar e proporciona uma rápida visão sobre a sua composição e sobre alguns aspetos transgeracionais como relações, problemas psicossociais ou problemas de saúde que tenham um padrão familiar. Pode ser utilizado para análise e reflexão sobre um problema presente na família e pode facilitar a decisão sobre as intervenções ao perceber a estrutura e dinâmica familiares por meio de um diagrama visual da árvore genealógica familiar (Bowen, 1993; Figueiredo, Rego & Vitor, 2023).

O ecomapa explora as relações e ligações com o contexto externo (relações sociais e familiares), mostrando a natureza das interações entre os membros da família com os sistemas mais amplos, que se constituem como recurso no enquadramento da rede social da família. Para classificar cada uma das ligações (por exemplo, com os serviços da comunidade, os grupos sociais, o trabalho e/ou pessoas significativas) existem três diferentes dimensões: força, impacto e qualidade da ligação, podendo o vínculo com cada sistema ser definido como vínculo forte, intermédio, fraco ou gerador de stresse (Figueiredo, 2012; Hartman, 1995).

A Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) avalia as condições socioeconómicas da família, com vista a identificar a sua classe social através da recolha de dados sobre determinadas características que a colocam num dos cinco graus correspondentes a cada um dos seguintes itens: profissão, nível de instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência. Cada um dos cinco graus recebe uma pontuação de um (melhor condição) a cinco (pior condição) e a soma da pontuação atribuída aos itens avaliados categoriza a posição social da família em classe alta, classe média alta, classe

média, classe média baixa ou classe baixa (Graffar, 1956). Esta escala torna possível inferir acerca do estatuto socioeconómico da família e prever condições de risco associadas a alterações nos comportamentos de saúde, bem como direcionar a avaliação para algumas áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF (Figueiredo, 2012; Graffar, 1956).

A FACES II (Olson et al., 1982) é uma escala de autoavaliação do funcionamento familiar constituída por 30 itens, 16 pertencentes à dimensão coesão familiar e os restantes 14 à dimensão adaptabilidade familiar. Os resultados obtidos em relação à coesão variam entre família desmembrada, separada, ligada e muito ligada e, em relação à adaptabilidade, alternam entre família rígida, estruturada, flexível e muito flexível. Após ser obtido um valor final, as famílias são posicionadas em quatro tipos gerais: extremas, intermédias, moderadamente equilibradas e equilibradas (Figueiredo, 2012; Olson et al., 1982).

A Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (Smilkstein, 1978) relaciona-se com a perceção dos membros da família no que toca à funcionalidade familiar e avalia cinco variáveis – adaptação (*Adaptability*), participação (*Partnership*), crescimento (*Growth*), afeto (*Affection*) e decisão (*Resolve*) – que determinam a qualificação da família em altamente funcional, com moderada disfunção ou com disfunção acentuada. A vantagem desta escala, de rápida utilização, prende-se com a identificação de situações de risco em alguma área de funcionamento familiar e o seu autor preconiza, como aplicação prioritária, o momento da primeira abordagem com a família (Figueiredo, 2012; Smilkstein, 1978).

A EFS tem como objetivos colher informações sobre a família e, ao mesmo tempo, intervir ao fornecer suporte emocional e educacional no processo de adaptação às mudanças decorrentes de situações stressantes que afetam os membros da família. Oferece às famílias a oportunidade de exporem as suas experiências, preocupações e problemas, uma vez que o enfermeiro não conduz a família, mas sim acompanha-a no seu percurso, sendo um modelo centrado na família/cliente (Ferré-Grau, 2023). O processo terapêutico adjacente à EFS integra quatro etapas: acolhimento, avaliação, intervenção e finalização (Wright & Leahey, 2012). O acolhimento tem como propósito o estabelecimento de uma

relação de confiança e de um ambiente terapêutico entre o enfermeiro e os membros da família, etapa crucial na identificação dos pontos fortes da família para iniciar o processo de mudança. A avaliação abrange a identificação do problema, a sua relação com as interações familiares, soluções experimentadas e objetivos. Na intervenção, é promovida a autonomia da família, enfatizando as interações entre os seus elementos para que possam, em conjunto, tomar decisões sobre os problemas. A finalização reporta-se à avaliação dos resultados decorrentes das intervenções (Figueiredo, 2023b). Para a condução e eficácia da EFS, procurando ajudar a família a encontrar as suas próprias soluções, é premente ter em conta os três princípios basilares que a norteiam: hipotetização, neutralidade e circularidade. A hipotetização advém do conceito de hipótese que é uma suposição feita com base num determinado raciocínio sem ter uma referência prévia à sua verdade. A enunciação da hipótese é sempre o ponto de partida para o planeamento da entrevista e é efetuada a partir da informação prévia que existe sobre a família. A hipótese sistémica encaminha para a atividade diagnóstica prioritária, podendo ser confirmada ou refutada após validação com a família. Outros dos princípios da intervenção sistémica é a neutralidade, que pode ser considerada uma atitude de imparcialidade/isenção de opinião. Manifesta-se pela necessidade do profissional em manter alianças idênticas com cada membro e com todos em simultâneo, e se abster de tecer qualquer tipo de juízo sobre os membros da família e os seus comportamentos. A circularidade é definida como a capacidade de conduzir a entrevista, sustentando-a na retroação da família em resposta à informação solicitada, pelo profissional, sobre relações, diferenças e mudanças. Este princípio está intimamente relacionado com o questionamento circular que reflete a influência de cada um dos membros da família no padrão de interação. Assente nesta linha, é possível a elaboração de questões sistémicas construídas de acordo com a participação e os *feedbacks* provenientes dos membros da família (Figueiredo, 2023c).

Figueiredo (2012, p. 73) certifica que “a utilização do questionário sistémico e de técnicas ativas e interacionais promovem a cocriação de novas visões normalizadoras do funcionamento familiar”. Deste modo, foram mobilizados

diferentes tipos de questões de intervenção sistémica (técnicas transversais) que possibilitam mudanças concretas no funcionamento familiar: questões lineares (facilitam a definição do problema), questões estratégicas (a partir da confrontação são norteadoras de novos padrões), questões reflexivas (geram mudanças facilitadoras da coconstrução de novas visões) e questões circulares (focalizam os efeitos comportamentais e as diferenças). As questões circulares contemplam as questões diferenciais, comportamentais, hipotéticas e de tríade. Seguindo ainda o princípio da circularidade, são passíveis de uso as questões de escala/pontuação e de *coping*. Todas estas questões de avaliação e intervenção fazem circular a informação, no sentido de alterar a percepção da situação e, assim, promover novas soluções para as dificuldades sentidas (Figueiredo, 2023c).

As técnicas de intervenção ativas e interacionais agilizam a capacitação dos membros da família a coconstruir as suas próprias soluções para os problemas e incentivam o envolvimento da família no seu projeto de saúde. Posto isto, atendendo à especificidade de cada sistema familiar, foram recrutadas as seguintes técnicas: reenquadramento, conotação positiva e rituais terapêuticos familiares.

O reenquadramento é uma estratégia de *coping* familiar interna que permite analisar a capacidade da família para redefinir os eventos geradores de stresse, isto é, redefinir as experiências stressantes para que as mesmas se tornem aceitáveis. O uso desta técnica pretende alterar as regras do “jogo familiar”, quando este não se encontra saudável, servindo para regular o funcionamento do sistema familiar (Ribeiro & Figueiredo, 2023a).

A conotação positiva remete para a reclassificação de um sintoma ou comportamento negativo como algo útil para o funcionamento da família. Destina-se a orientar e motivar os membros da família a atribuir um significado diferente ao sintoma, reforçando a coesão familiar (Williams & Auburn, 2016). Direcionando a atenção para aspetos positivos e construtivos, contribui para mudar o sentido que a família confere ao evento problemático (Umbelino, 2003).

Os rituais terapêuticos familiares constituem-se como eventos simbólicos, com um significado especial partilhado pelos elementos da família, que envolvem repetição, real ou imaginada, e abarcam, não apenas a sua vivência, mas a sua preparação e integração (Azevedo, 2018). Geralmente, estão associados a maior proximidade familiar e conjugal e devem responder às necessidades de mudança da família ao longo do tempo, sendo considerados como atos protetores para as famílias em momentos de crise e stresse quando providenciam estabilidade durante esses períodos ao longo do ciclo de vida familiar e conjugal (Crespo, 2007). Além disso, os rituais comportam atividades significativas desenvolvidas em conjunto com a família, com o intuito de promover o funcionamento saudável da unidade familiar, impelindo o sentido de pertença, a comunicação e o apoio mútuo (Azevedo, 2018).

Na perspetiva individual, a Escala de Quedas de *Morse* (Costa-Dias et al., 2014) é um instrumento de avaliação do risco de queda, validado para Portugal, que integra seis itens: (1) história anterior de queda; (2) existência de um diagnóstico secundário; (3) ajuda para caminhar; (4) terapia intravenosa; (5) postura no andar e na transferência; (6) estado mental. Os itens 1, 2, 4 e 6 são medidos numa escala dicotómica Não/Sim em que “Não” toma sempre o valor zero e “Sim” o valor 15 (nos itens 2 e 6), 20 (no item 4) ou 25 (no item 1). O item 3 tem como respostas possíveis “Nenhuma/ajuda de profissional/cuidador/acamado/cadeiras de rodas” (0), “Muletas/canadianas/bengala/andarilho” (15) ou “Apoia-se no mobiliário para andar” (30). Por fim, o item 5 tem como respostas possíveis “Normal/acamado/imóvel” (0), “Debilidado” (10) e “Dependente de ajuda” (20). A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos e as pessoas são discriminadas em função da sua pontuação em: Sem risco (0 e  $\leq$  24 pontos); Baixo risco ( $\geq$  25 e  $\leq$  50 pontos); e Alto risco ( $\geq$  51 pontos) (DGS, 2019). Pese embora a Escala de Quedas de *Morse* seja concebida para o contexto de internamento hospitalar, trata-se da ferramenta de registo parametrizada no SClínico-CSP®. A documentação clínica da avaliação do risco de queda no processo individual no contexto dos CSP torna-se, assim, muito redutora face às

condições e fatores de risco existentes no domicílio, sendo uma lacuna do sistema de informação.

O Índice de *Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965), preconizado também pelo SClínico-CSP®, monitoriza o nível de independência dos sujeitos para a realização de dez atividades básicas de vida: alimentação, transferências, toalete, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. Na versão original, a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias avaliadas e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas atividades de vida diárias avaliadas (OE, 2016).

O questionário de autopreenchimento da MAT aplicado aos elementos das famílias resulta numa medida de adesão aos tratamentos medicamentosos construída por Delgado e Lima, em 2001, que é constituída por sete itens respondidos numa escala tipo *Likert* de 6 pontos, que vão desde “1” (sempre) a “6” (nunca). A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos, na qual valores mais elevados significam maior nível de adesão (*score* total igual ou superior a cinco). Esta escala apresenta valores elevados de especificidade e sensibilidade relativamente à medida de adesão. Os itens 1 a 4 cobrem diversas possibilidades de não adesão, o item 5 refere-se a comportamentos de não adesão por excesso relativamente à prescrição, o item 6 a dificuldades económicas que podem estar na base da não adesão aos tratamentos. Finalmente, o item 7 é um indicador lato, que contempla qualquer situação com significado, que não esteja prevista nos itens anteriores. Este questionário validado para a população portuguesa tem uma duração estimada de preenchimento de cinco minutos (Delgado & Lima, 2001; Ladeiro et al., 2019).

A entrevista motivacional é um método comunicacional centrado na pessoa, que visa fortalecer a motivação intrínseca do indivíduo para a mudança de comportamentos através da exploração e resolução da ambivalência (Miller & Rollnick, 2023). Desenvolvida por William Miller e Stephen Rollnick, nos anos

1980, constitui-se como uma abordagem terapêutica colaborativa que impulsiona a mudança por intermédio de estratégias de suporte orientadas para o compromisso com objetivos concisos, que presta especial atenção ao discurso de mudança (Miller & Rollnick, 2023; Ribeiro & Figueiredo, 2023b). A prática da entrevista motivacional assenta em quatro processos fundamentais: envolvimento, que estabelece uma relação de colaboração e confiança; focagem, que identifica e mantém o foco nos objetivos de mudança; evocação, que procura extrair as motivações internas do indivíduo; e planeamento, que desenvolve um compromisso com a mudança e um plano de ação concreto (Miller & Rollnick, 2023). Estes processos são sustentados por princípios como a empatia, o desenvolvimento da discrepância, a aceitação da resistência e o apoio à autoeficácia.

A avaliação e intervenção junto das famílias moldou-se às especificidades de cada sistema familiar, tendo em consideração os subsistemas presentes e a fase do ciclo vital vivenciada. Consequentemente, proporcionou a seleção e a organização das áreas de atenção/dimensões de avaliação do MDAIF conexas e adequadas às necessidades das famílias alvo dos cuidados.

Para efetivar a documentação da avaliação e intervenção dos indivíduos (membros das famílias), foi operacionalizada a Ontologia de Enfermagem, disponível para consulta desde 2021 através do *browser* da Ordem dos Enfermeiros. A ontologia incorpora um conjunto de conteúdos que acrescentam coerência relacional entre os focos de atenção/diagnósticos de enfermagem e as intervenções, tornando mais claras as intenções dominantes da conceção de cuidados e consentindo evoluir para a definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, com maior fiabilidade (OE, 2024). O mapeamento dos conceitos que integram a ontologia garante o controlo interno da linguagem profissional usada pelos enfermeiros na tomada de decisão clínica e culmina num modelo formal de produção automática, sistemática e fiável de conhecimento em permanente evolução (OE, 2024). Nas circunstâncias em que a plataforma ainda não dá resposta por se encontrar em fase de melhoria e atualização (foi aprovada a terceira versão em 2024), o SClínico-CSP® revelou-se uma ferramenta complementar e útil no processo de aprendizagem.

#### **4.1.1. Descrição da prestação de cuidados às famílias e aos seus membros**

A descrição da prestação de cuidados consiste no relato pormenorizado e detalhado dos planos de cuidados respeitantes às famílias e aos seus membros individualmente, ou seja, corresponde à exposição da colheita de dados (atividade diagnóstica), dos diagnósticos formulados, das intervenções planeadas e implementadas e respetivas atividades que as concretizam, e da avaliação dos resultados das intervenções, sempre que possível. A avaliação e intervenção individuais incidiram nos elementos das famílias portadores de doença crónica, especificamente com HTA e DM tipo 2.

As famílias estão representadas por uma cor (Vermelha, Rosa, Azul, Verde e Laranja) e os seus elementos por uma letra e número (se repetição da letra), de forma a garantir o anonimato e a assegurar o sigilo e a confidencialidade de todos os dados recolhidos nas consultas, omitindo ou alterando as informações pessoais suscetíveis de eventual identificação.

No início de cada primeira consulta, foi explicado o objetivo, sendo solicitado consentimento verbal para o acompanhamento no processo de saúde, para além de proceder à minha apresentação pessoal. O número de contactos com as famílias, em contexto de consulta/visitação domiciliária, resultou da disponibilidade dos membros da família, bem como da necessidade para a atividade diagnóstica, intervenção e avaliação dos resultados.

Devido à limitação de páginas, apenas duas das cinco famílias submetidas à prestação de cuidados de enfermagem são apresentadas no corpo do relatório, tendo sido eleitas aquelas que ofereceram as melhores oportunidades para a aquisição de competências. Os dados referentes à descrição da avaliação e intervenção das restantes três famílias podem ser consultados no Anexo I.

#### **Família Vermelha**

A Família Vermelha é constituída pelo Sr. F de 74 anos e pela D.<sup>a</sup> L de 73 anos, casados há 50 anos. O Sr. F exerceu atividade como contabilista (licenciado) e a D.<sup>a</sup> L foi administrativa num laboratório (9º ano de escolaridade). Atualmente, ambos os membros do subsistema conjugal estão reformados, no entanto, o Sr.

F pertence a uma junta de freguesia onde ainda colabora. Os membros do casal são totalmente independentes no autocuidado (100 pontos no Índice de *Barthel*) e, quanto à avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de *Morse*, o resultado da pontuação final discrimina-os como “Sem risco de queda” (Sr. F - 15 pontos e D.<sup>a</sup> L - 0 pontos). O Sr. F e a D.<sup>a</sup> L cumprem o esquema vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV), inclusivamente a vacinação sazonal contra a gripe e contra a COVID-19 (adesão à vacinação), e mantêm consultas regulares com a equipa de saúde familiar (comportamento de procura de saúde presente). Foram desenvolvidos com a família dois contactos na USF e um contacto no domicílio, com duração média de 60 minutos. Em todos os contactos, estiveram presentes os dois elementos do casal.

A composição da Família Vermelha encontra-se representada no genograma familiar da Figura 7 e emerge de questões lineares colocadas aos dois membros da família.

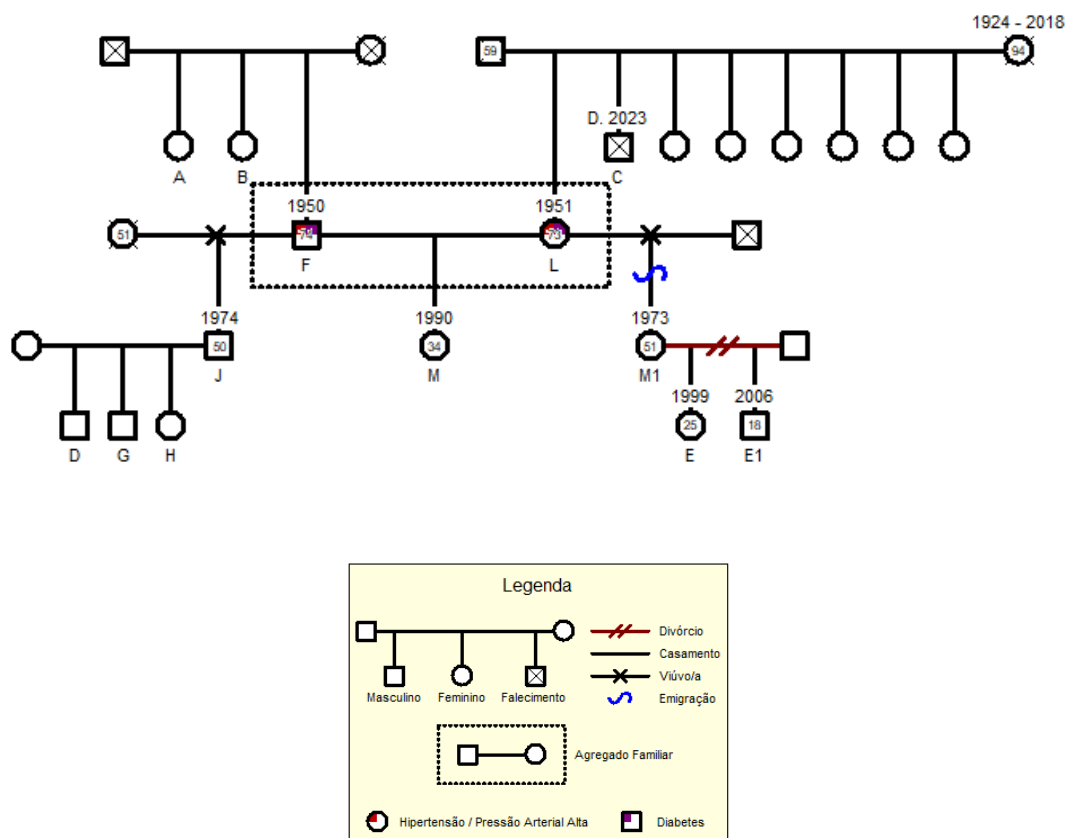
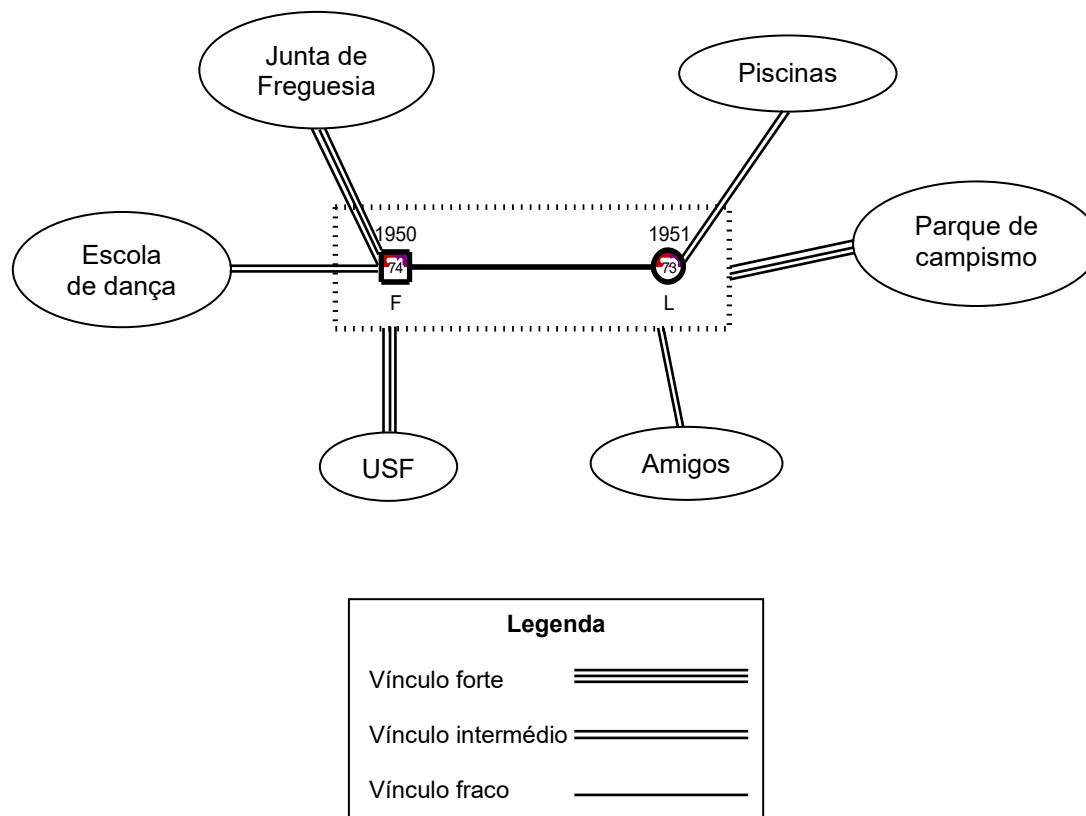


Figura 7 - Genograma da Família Vermelha

A Família Vermelha é uma família do tipo nuclear, onde estão presentes o subsistema individual (o Sr. F e a D.<sup>a</sup> L) e o subsistema conjugal. No que se refere à família extensa, o Sr. F e a D.<sup>a</sup> L têm contacto pessoal e semanal com o filho J, nora e netos D, G e H, uma vez que nos dias em que o filho ou a nora não conseguem ir buscar os netos à escola, estes ficam em sua casa até os pais os irem buscar. Apresentam contacto pessoal e diário com a filha M, que vai almoçar todos os dias em casa dos pais, exercendo as funções de companhia social e apoio emocional. Pelo facto da filha M1 e dos netos E e E1 se encontrarem emigrados e o casal só conseguir ir visitá-los duas/três vezes por ano, ambos estabelecem contacto telefónico quinzenal, como fonte de apoio emocional e guia cognitivo e conselhos (“Nós ou a M1 ligamos sempre para confirmar se está tudo bem com ela e com os nossos netos ou até mesmo se precisam de alguma coisa. É importante para nós.”). Com a restante família extensa da parte da D.<sup>a</sup> L, mantêm contacto telefónico mensal, considerando que têm um papel importante a nível de regulação social e ajuda material e de serviço. O Sr. F tem duas irmãs com quem a família não tem relação há alguns anos, porque simplesmente se foram afastando.

Relativamente aos sistemas mais amplos, a família patenteia um vínculo forte com a USF e o parque de campismo, onde vão regularmente com amigos (vínculo intermédio com os amigos). O Sr. F frequenta aulas de danças de salão duas vezes por semana e a D.<sup>a</sup> L tem aulas de natação também duas vezes por semana, tendo com a escola de dança e as piscinas um vínculo intermédio. A junta de freguesia em que o Sr. F participa e que representa uma grande responsabilidade no seu quotidiano é classificada como vínculo forte. Todas as interações entre os membros da família e os sistemas mais amplos estão ilustradas no ecomapa da Figura 8.



**Figura 8** - Ecomapa da Família Vermelha

Preenchendo a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) c/5 itens, a posição social onde a família se insere é a II - Classe Média Alta (profissão: grau dois; instrução: grau dois; origem do rendimento familiar: grau três; tipo de habitação: grau dois; e local de residência: grau dois → pontuação total de 11).

Tendo em conta a dimensão estrutural do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança e abastecimento de água.

A origem do rendimento familiar situa-se no grau três da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) e a família tem conhecimento e capacidade para gerir os seus rendimentos de acordo com as despesas familiares (“Trabalhamos muito para estarmos mais descansados agora. Temos umas boas reformas e vivemos bem.”), portanto foi formulado o diagnóstico

**Rendimento Familiar Não Insuficiente.** O tipo de habitação situa-se no grau dois da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), na medida em que a família vive num apartamento T6 de um prédio com elevador, bem localizado e em muito bom estado de conservação. A D.<sup>a</sup> L é quem faz a limpeza e higiene da casa e foi possível verificar que estava devidamente limpa e higienizada, concluindo-se que se trata de um **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado**. O apartamento não tem barreiras arquitetónicas (efetuada a avaliação das condições habitacionais relacionadas com os fatores de risco ambientais para o risco de queda) nem abastecimento de gás. A família usa aquecedores elétricos e apresenta conhecimento sobre como os utilizar e os cuidados a ter, indicando, por isso, **Precaução de Segurança Demonstrada**. O serviço de tratamento de resíduos e o abastecimento de água são fornecidos pela rede pública, na qual é efetuado o controlo da qualidade da água pelas autoridades competentes, pelo que se identifica **Abastecimento de Água Adequado**. A família não tem animal doméstico. Todos estes diagnósticos que não requerem intervenção no momento da avaliação e que exibem um juízo positivo associado manifestam-se como forças e recursos da família.

Na dimensão de desenvolvimento do MDAIF, as áreas de atenção avaliadas foram a satisfação conjugal (relação dinâmica, comunicação e interação sexual) e o papel parental (família com filhos adultos).

No que diz respeito à satisfação conjugal na dimensão operativa relação dinâmica, a D.<sup>a</sup> L afirma ser ela quem assume a limpeza da casa, fazer as refeições e tratar da roupa e o Sr. F ajuda se for preciso. Quando questionados: “Como se sentem em relação à divisão/partilha das tarefas domésticas? Sentem-se satisfeitos?”, ambos os membros do casal dizem sentir-se satisfeitos, uma vez que esta rotina está instituída desde que casaram e sempre concordaram que assim fosse. Para compreender se o casal está satisfeito com o tempo que estão juntos, foi aplicada a questão de escala “Numa escala de 1 a 10, em que 1 é nada satisfeito e 10 muito satisfeito, como classificam a vossa satisfação em relação ao tempo que estão juntos?”. O Sr. F respondeu “Para mim, um 9.” e a D.<sup>a</sup> L concordou “Um 9 também, Enfermeira.”. Acrescentando uma questão reflexiva “De acordo com estes valores, vejo que se posicionam bem. Por outro

lado, gostariam de passar mais tempo juntos? Seria importante para vós?”, o casal referiu que consegue gerir bem o tempo com vista a ter os seus momentos a sós. A forma como cada elemento da Família Vermelha expressa os sentimentos foi averiguada e ambos mencionaram que partilham sempre o que sentem um com o outro, expressando satisfação quando as suas emoções são entendidas com respeito mútuo (**Relação Dinâmica Não Disfuncional**). A comunicação conjugal na vertente da conversa sobre as expectativas e receios de cada um é considerada pelo casal como um ponto a melhorar. Às questões “Quando existe algo que vos preocupa conversam sobre o assunto? Neste momento, têm receio de alguma coisa?”, ambos responderam que costumam conversar, mas que lidam de maneira distinta com as situações mais complexas. Não têm o hábito de demonstrar os seus medos e é algo que os inquieta. Quando têm opiniões diferentes, o Sr. F declara que nem sempre conseguem chegar a um consenso e a D.<sup>a</sup> L afirma “Quando pensamos de maneira diferente e se já estiver a causar discussão, vai cada um para o seu lado para aliviar e depois falamos outra vez. Umás vezes resulta, outras não.”. Por vezes, existe discordância de opinião entre os dois e como resposta à questão “Numa escala de 1 a 10 (em que 1 é má e 10 muito boa), como classificam a vossa comunicação como casal?”, dizem que a relação tem de se basear mais na comunicação, qualificando-a, cada um, num 7 (**Comunicação Não Eficaz**). O Sr. F e a D.<sup>a</sup> L abordaram a interação sexual como um assunto natural e sentiram-se à vontade para referir que preservam satisfação com o seu padrão de sexualidade e de intimidade (**Interação Sexual Adequada**).

Perante os dados obtidos, foi enunciado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Comunicação Não Eficaz manifestada por:** o casal não conversar sobre as expectativas e receios de cada um; o casal não conseguir chegar a acordo quando há discordância de opinião; e insatisfação com o padrão de comunicação do casal. As intervenções implementadas foram: promover a comunicação do casal, planejar rituais familiares e motivar para atividades em conjunto.

Figueiredo e Dias (2023, p. 443) defendem que os “rituais familiares são caracterizados por uma ação ou uma série de ações nas quais todos os

membros da família são levados a participar. A prescrição de um ritual visa criar novas regras que substituam subtilmente as regras prévias”. Todas as famílias possuem rituais no seu quotidiano que se manifestam implícita ou explicitamente e que são cruciais para o seu funcionamento, promovendo o sentimento de pertença dos seus membros e, subseqüentemente, a coesão familiar (Figueiredo & Dias, 2023). Deste modo, dado que já não o faziam há algum tempo e sendo uma atividade que sempre agradou a ambos, o casal partilhou a intenção de retomar a ida ao parque de campismo duas vezes por mês, como maneira de fortalecer o vínculo enquanto casal, já que no passado costumava desempenhar um papel positivo na relação. O Sr. F comemorava o seu aniversário na semana seguinte e, portanto, foi planeado com os membros da família festejar essa data com um lanche na caravana, ideia que acederam com satisfação.

Ao avaliar os resultados das intervenções, no último contacto, o casal relatou um aumento na frequência e na qualidade dos diálogos, evidenciando maior abertura para partilhar sentimentos e opiniões. Houve uma redução nas situações de conflito e mal-entendidos, com um esforço conjunto para ouvir ativamente e validar as perspetivas um do outro. O ritual familiar foi integrado na rotina do casal e o momento foi descrito como uma oportunidade importante para fortalecer os laços afetivos e criar memórias em conjunto. O casal mostrou-se motivado para realizar atividades partilhadas, como passeios, práticas de lazer ou *hobbies* em comum. Estas ações proporcionaram momentos de descontração, contribuindo para a redução do stresse e reforçando a cumplicidade entre os dois. Assim, o diagnóstico inicial de satisfação conjugal não mantida apresentou sinais de melhoria, com ambos os elementos a reconhecerem um esforço mútuo para fortalecer a relação. Os resultados indicam que as intervenções foram eficazes ao promover mudanças positivas no relacionamento, embora seja necessário continuar o acompanhamento para consolidar os ganhos obtidos e ajustar as estratégias conforme necessário.

O papel parental (família com filhos adultos) foi alvo de avaliação por haver necessidade de intervenção, apesar dos filhos do casal já não fazerem parte do sistema familiar. No que respeita ao conhecimento do papel, os membros do casal demonstraram reconhecer a autonomia dos filhos adultos e a necessidade

de redefinição das suas funções parentais, encarando esta fase como natural e positiva. Ambos manifestaram uma visão clara da evolução do seu papel, mantendo uma relação próxima e respeitadora da independência dos filhos, apesar de uma atenção especial dedicada à filha mais nova, M, que continua a suscitar maior preocupação (“Quem nos preocupa sempre mais é a nossa filha mais nova, também porque é a que está mais próxima de nós neste momento.”) (**Conhecimento do Papel Demonstrado**). Relativamente aos comportamentos de adesão, observou-se uma adequada adaptação à saída dos filhos de casa, com a demonstração de uma relação horizontalizada e baseada no respeito mútuo, típica das relações adulto-adulto (D.<sup>a</sup> L: “Nós temos três filhos e sempre respeitamos as decisões deles enquanto adultos. A nossa relação nunca foi prejudicada por isso... Se eles nos pedirem opinião sobre alguma coisa, nós damos.”). O casal expressou satisfação com o contacto mantido com os filhos, mesmo à distância (Sr. F: “Apesar da M1 e dos nossos netos estarem em Inglaterra, falamos algumas vezes ao telefone. Com os outros é mais fácil, estamos mais vezes juntos.”), e com a inclusão dos novos membros das famílias dos filhos, nomeadamente a nora, com quem mantêm uma boa relação. Demonstraram, ainda, orgulho e valorização pelas famílias constituídas pelos filhos, reconhecendo que essas escolhas fazem parte do seu percurso individual (D.<sup>a</sup> L: “Para mim, é uma alegria ver os nossos filhos a construírem as suas vidas e famílias. Sinto um orgulho imenso ao ver que estão bem e que seguiram os seus caminhos com base nos valores que lhes demos. Por outro lado, as escolhas deles têm sempre consequências.”) (**Comportamentos de Adesão Demonstrado**). No entanto, a análise do consenso do papel revelou que o casal não se encontra totalmente alinhado quanto à abordagem adotada perante determinadas situações familiares, como o envolvimento amoroso da filha M com um homem casado (D.<sup>a</sup> L: “A nossa filha M tem-nos dado que pensar. Tem uma relação amorosa não assumida com um homem casado e eu não concordo nada e confronto-a com isso. O F não gosta que eu faça isso.”; Sr. F: “Sim, é verdade. Eu também não gosto nada do que a M tem andado a viver, mas a vida é dela e ela é adulta. Não a podemos controlar.”). Esta divergência, ainda que não conflituosa, reflete a ausência de consenso quanto ao modo como devem

exercer as suas funções parentais nesta fase (**Consenso do Papel Não**). A dimensão dos conflitos do papel evidenciou algumas discrepâncias de opinião, embora os membros do casal refiram que, por agora, tais diferenças não afetam significativamente o seu equilíbrio conjugal (D.<sup>a</sup> L: “Sim, temos tido opiniões diferentes, mas para já não nos afeta significativamente. A história da M é recente e espero que se resolva.”) (**Conflitos do Papel Sim**). Por fim, no que se refere à saturação do papel, não foi identificada sobrecarga parental, mas sim uma preocupação persistente com a situação específica de vida da filha M (**Saturação do Papel Não**).

Perante a atividade diagnóstica, foi enunciado o diagnóstico **Papel Parental Não Adequado relacionado com Consenso do Papel NÃO e Conflitos do Papel SIM**. As intervenções implementadas foram: 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, avaliar as dimensões conflituais no papel e promover o envolvimento da família alargada.

As atividades que concretizaram as intervenções incluíram a promoção de uma comunicação assertiva entre o casal, o apoio à gestão das expectativas parentais face à autonomia da filha e o reforço de estratégias para lidar com o stresse familiar, preservando o bem-estar conjugal e individual de ambos. A abordagem focou-se no fortalecimento da unidade conjugal, minimizando possíveis impactos negativos desta situação nas relações familiares. Para intervir na divergência identificada entre os membros do casal relativamente à forma como lidam com a situação da filha adulta, utilizou-se o reenquadramento e a conotação positiva, técnicas terapêuticas frequentemente empregues no contexto da entrevista familiar sistémica. Estas técnicas consistiram em reformular a perceção que cada elemento do casal tinha do comportamento do outro, atribuindo-lhe uma intenção positiva subjacente, com o intuito de promover a empatia e o reconhecimento mútuo. No decorrer da intervenção, foi valorizado o cuidado da D.<sup>a</sup> L pela filha como uma expressão de proteção e zelo materno, ao mesmo tempo que se reconheceu a postura mais contida do Sr. F como uma

tentativa de respeitar a autonomia da filha e evitar conflitos familiares, o que permitiu reduzir a tensão na comunicação conjugal, facilitando a aceitação das diferentes perspetivas dentro da relação e contribuindo para o fortalecimento da aliança parental, sem invalidar as diferenças individuais. O reenquadramento e a conotação positiva revelaram-se, assim, métodos úteis na promoção do entendimento e da coesão no seio do casal, favorecendo um ambiente mais harmonioso e colaborativo na vivência dos desafios parentais.

Ao avaliar os resultados das intervenções, no último contacto, o casal demonstrou maior alinhamento na forma de lidar com a situação da filha, expressando que discutiram e chegaram a um acordo sobre evitar confrontos diretos com ela. Ambos relataram que decidiram abordar o tema de forma conjunta, promovendo conversas alinhadas entre eles antes de qualquer interação com a filha. A D.<sup>a</sup> L revelou estar mais consciente do impacto das suas abordagens confrontativas e relatou fazer um esforço para ser mais ponderada nas suas conversas com a filha. O Sr. F, por sua vez, mostrou-se mais envolvido em apoiar a esposa, reforçando a necessidade de manterem uma postura conjunta. O casal referiu que os exercícios de comunicação sugeridos foram úteis para melhorar o diálogo entre ambos, permitindo-lhes discutir os seus sentimentos e perspetivas sobre a situação de forma mais construtiva e sem julgamentos. Ambos afirmaram que, embora o problema com a filha não esteja resolvido, sentem-se menos tensos e mais confiantes na gestão da situação, o que contribuiu para evitar que o conflito parental afete a relação conjugal. O casal mostrou-se disposto a continuar a implementar as estratégias apreendidas, nomeadamente evitar abordagens impulsivas, reforçar o diálogo entre ambos antes de qualquer interação com a filha e focar-se na preservação do relacionamento conjugal.

Com foco na dimensão funcional do MDAIF, foi avaliada a área de atenção processo familiar (*coping* familiar, interação de papéis familiares e crenças familiares). O *coping* familiar evidenciou-se eficaz, pois quando é identificado algum problema, o Sr. F, habitualmente, toma a iniciativa para o resolver e a D.<sup>a</sup> L também colabora. Os filhos J e M têm um papel pertinente como recurso externo na resolução de problemas (**Coping Familiar Eficaz**). No que concerne

à interação de papéis familiares, não foram encontrados dados sugestivos de conflitos ou saturação do papel (**Interação de Papéis Eficaz e Não Conflitual**). O tipo de família em que a Família Vermelha se enquadra, aplicando a FACES II, é equilibrada e o resultado da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein denota que se trata de uma família altamente funcional (oito pontos). Estes dados levaram à formulação do diagnóstico **Processo Familiar Não Disfuncional**. Em relação às crenças familiares religiosas e de valores, a família refere ser católica, apesar do casal não frequentar a Igreja nem ir à missa, tendo como valores principais o respeito e a bondade. Demonstram confiança na competência dos profissionais e instituições de saúde.

Todos os dados dos membros da Família Vermelha foram importantes para o processo de prestação de cuidados à família, todavia foram também relevantes na avaliação das necessidades individuais para a consecução de um plano de cuidados. Alguns dos dados individuais sobre o Sr. F e a D.<sup>a</sup> L, seguidamente descritos, foram extraídos da documentação já efetuada no sistema de informação SClínico-CSP®.

O Sr. F tem como antecedentes pessoais HTA desde 2006, DM tipo 2 desde 2012, dislipidemia desde 2018, hipertrofia benigna da próstata grau II com diagnóstico em 2017 e excesso de peso com início em 2017. A medicação habitual inclui Metformina 850 mg 0+1+1, Sinvastatina 20 mg 0+0+1, Lisinopril 10 mg 1/2+0+0 e Dapagliflozina 10 mg 0+1+0. O Sr. F referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. O questionário da MAT autopreenchido pelo Sr. F obteve uma pontuação de 5,57 (em 6), significando um nível elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 76kg; altura – 1,65m; Índice de Massa Corporal (IMC) – 27,9kg/m<sup>2</sup> (excesso de peso); e perímetro abdominal – 95cm (risco de complicações metabólicas aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: Tensão

Arterial (TA) – 118/68mmHg; frequência cardíaca – 80bpm; HbA1c – 7,1%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; o Sr. F cumpre com a autovigilância dos pés e frequenta um podologista para tratar das unhas). O Sr. F fuma três/quatro cigarros por dia (uso regular há 15 anos) e bebe cerca de dois copos de vinho (~250mL) às principais refeições. Afirma que gostaria de reduzir a quantidade de tabaco para, pelo menos, um cigarro por dia (“Sei que devia deixar de fumar. Fumo há muitos anos e já tentei várias vezes parar, mas acabo sempre por voltar. Há dias em que consigo fumar menos, mas não consigo deixar completamente. Gostava de conseguir, mas é difícil. Acabo por fumar para aliviar o stresse quando estou na Junta.”). A alimentação é composta por quatro refeições por dia com déficit de ingestão de vegetais/fruta e excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado e o Sr. F bebe 1L de água por dia (diz que os hábitos alimentares estão há muito enraizados no dia a dia familiar e é difícil mudar: “Tomo sempre a medicação, não falho nisso, mas confesso que não consigo fazer grandes mudanças na alimentação. A minha mulher cozinha bem, fazemos refeições juntos e, às vezes, o que como pode não ser o mais indicado, mas é o que estamos habituados. Já tentei ter mais cuidado, mas custa-me muito alterar o que sempre fiz. Sei que devia perder peso, mas não tenho motivação suficiente para isso. A verdade é que, com o passar do tempo, noto que o corpo vai mudando.”). O Sr. F frequenta aulas de danças de salão duas vezes por semana, mostrando-se ativo e consciencializado sobre o regime de exercício. No final da segunda consulta na USF, referiu sensação de urgência para defecação (por vezes, não vai a tempo de ir à casa de banho e suja a roupa interior), problema que tem vindo a agravar-se.

Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para o Sr. F, descritos no Quadro 1.

**Quadro 1** - Diagnósticos de Enfermagem formulados para o Sr. F da Família Vermelha

Foco de Atenção	Diagnósticos de Enfermagem
Eliminação intestinal	Potencial para melhorar conhecimento sobre planeamento da eliminação intestinal
	Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo

Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal
Abuso do tabaco	Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco
	Potencial para melhorar significado atribuído ao abuso do tabaco

As intervenções planeadas para o Sr. F foram: ensinar sobre planeamento da eliminação intestinal, ensinar sobre prevenção da maceração do períneo e referenciar incontinência intestinal ao médico; ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia e da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal; ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco e assistir cliente a analisar o significado dificultador.

Perante a ambivalência manifestada pelo Sr. F em relação ao consumo de tabaco, evidenciada pelo reconhecimento dos malefícios do hábito e pelo desejo expresso de o reduzir, embora sem sucesso sustentado, a entrevista motivacional surge como uma estratégia de intervenção centrada na pessoa, adequada para explorar e reforçar a motivação intrínseca para a mudança. A abordagem baseia-se na escuta empática, no reforço da autoeficácia e na aceitação da ambivalência como parte natural do processo de mudança. No caso do Sr. F, a entrevista motivacional permitiu a criação de um espaço de diálogo colaborativo, no qual se puderam explorar os valores pessoais, as razões para mudar e os obstáculos percebidos, sem julgamento. Foram utilizadas técnicas como o questionamento reflexivo, o reforço dos pequenos avanços (como a tentativa de redução do número de cigarros) e a identificação de metas realistas que ajudam a mobilizar os próprios recursos internos, favorecendo a progressiva

transição para a cessação tabágica. Os resultados desta intervenção não foram passíveis de avaliação pelo curto intervalo de tempo do estágio, contudo, destaca-se o papel da enfermeira orientadora cooperante na garantia da continuidade de cuidados.

A D.<sup>a</sup> L tem como antecedentes pessoais HTA, DM tipo 2 e dislipidemia desde 2006, alteração funcional do estômago com início em 2023 e foi submetida a cirurgia ao septo nasal em 2008. A medicação habitual inclui Sinvastatina 20 mg 0+0+1, Metformina 1000 mg 1+0+1, Empagliflozina 10 mg 1+0+0 e Irbesartan 300 mg 1/2+0+0. A D.<sup>a</sup> L referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. O questionário da MAT autopreenchido pela D.<sup>a</sup> L obteve uma pontuação de 5,57 (em 6), significando um nível elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 59kg; altura – 1,58m; IMC – 23,6kg/m<sup>2</sup> (peso normal); e perímetro abdominal – 93cm (risco de complicações metabólicas muito aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: TA – 123/67mmHg; frequência cardíaca – 82bpm; HbA1c – 7,1%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; a D.<sup>a</sup> L cumpre com a autovigilância dos pés e frequenta um podologista para tratar das unhas). A D.<sup>a</sup> L não fuma nem bebe álcool. Paralelamente ao marido, a alimentação é composta por três/quatro refeições por dia com déficit de ingestão de vegetais/fruta e excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado e a D.<sup>a</sup> L bebe 1,5L de água por dia (diz que gostava de saber o que melhorar na alimentação: “Em relação à alimentação, sei que podia fazer melhor. Costumo comer três ou quatro vezes por dia, mas nem sempre incluo legumes e frutas como devia. Acho que me fazia bem perceber exatamente o que posso mudar para melhorar, porque às vezes parece que estou a fazer bem, mas depois vejo que não chega.”). A D.<sup>a</sup> L frequenta aulas de natação duas vezes por semana, mostrando-se ativa e

consciencializada sobre o regime de exercício. A D.<sup>a</sup> L apresenta maceração infra mamária bilateral (possivelmente de origem fúngica) e refere que, embora tente manter sempre a zona limpa e seca, a pele daquela região não evidencia sinais de melhoria, questionando o que pode fazer. A filha M do casal tem uma relação amorosa não assumida com uma pessoa casada e esta situação tem vindo a causar ansiedade à D.<sup>a</sup> L, que se vê numa posição desafiante e ingrata (“Ultimamente tenho andado mais ansiosa, principalmente por causa da situação da minha filha M. Ela está envolvida com um homem casado e isso tira-me o sono. Fico angustiada por não poder fazer nada. Sinto-me sozinha nesta preocupação, porque o meu marido não gosta que eu fale disso. Gostava de aprender alguma coisa que me ajudasse a acalmar e a controlar melhor esta ansiedade, porque já percebi que me está a afetar mais do que devia.”).

Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para a D.<sup>a</sup> L, descritos no Quadro 2.

**Quadro 2** - Diagnósticos de Enfermagem formulados para a D.<sup>a</sup> L da Família Vermelha

Foco de Atenção	Diagnósticos de Enfermagem
Maceração	Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da maceração
	Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da pele
Ansiedade	Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade
	Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade
	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

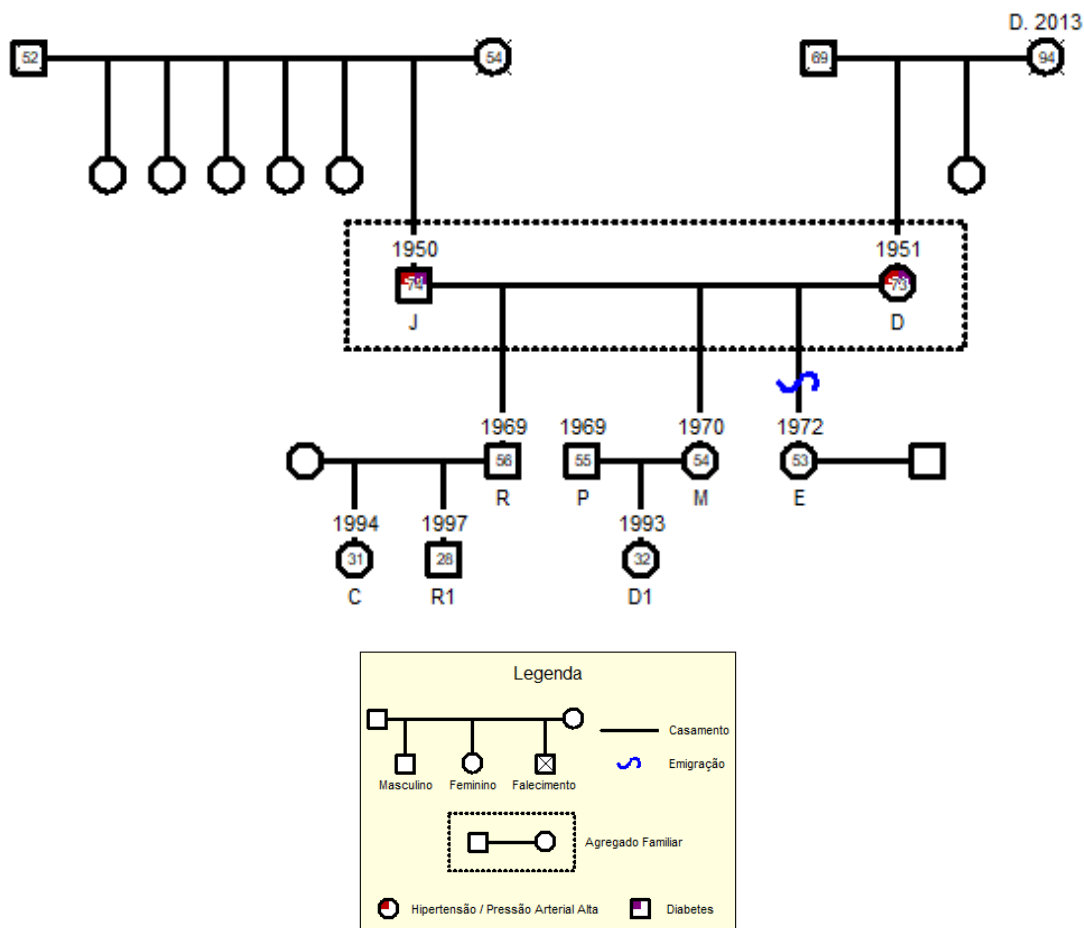
As intervenções planeadas para a D.<sup>a</sup> L foram: ensinar sobre cuidados à pele, ensinar sobre tratamento da maceração e ensinar sobre vigilância da pele; contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade, ensinar sobre estratégias de autocontrolo

da ansiedade e de relaxamento e instruir/treinar estratégias de relaxamento; ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia e da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal.

### **Família Rosa**

A Família Rosa é constituída pelo Sr. J de 74 anos e pela D.<sup>a</sup> D de 73 anos, casados há 56 anos. O Sr. J exerceu atividade como motorista (4<sup>o</sup> ano de escolaridade) e a D.<sup>a</sup> D foi costureira (4<sup>o</sup> ano de escolaridade). Atualmente, ambos os membros do subsistema conjugal estão reformados. Os membros do casal são totalmente independentes no autocuidado (100 pontos no Índice de *Barthel*) e, quanto à avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de *Morse*, o resultado da pontuação final discrimina-os como “Sem risco de queda” (Sr. J - 15 pontos e D.<sup>a</sup> D - 15 pontos). O Sr. J e a D.<sup>a</sup> D cumprem o esquema vacinal recomendado pelo PNV, inclusivamente a vacinação sazonal contra a gripe e contra a COVID-19 (adesão à vacinação), e mantêm consultas regulares com a equipa de saúde familiar (comportamento de procura de saúde presente). Foram desenvolvidos com a família dois contactos na USF e um contacto no domicílio, com duração média de 50 minutos. Em todos os contactos, estiveram presentes os dois elementos do casal.

A composição da Família Rosa encontra-se representada no genograma familiar da Figura 9 e emerge de questões lineares colocadas aos dois membros da família.

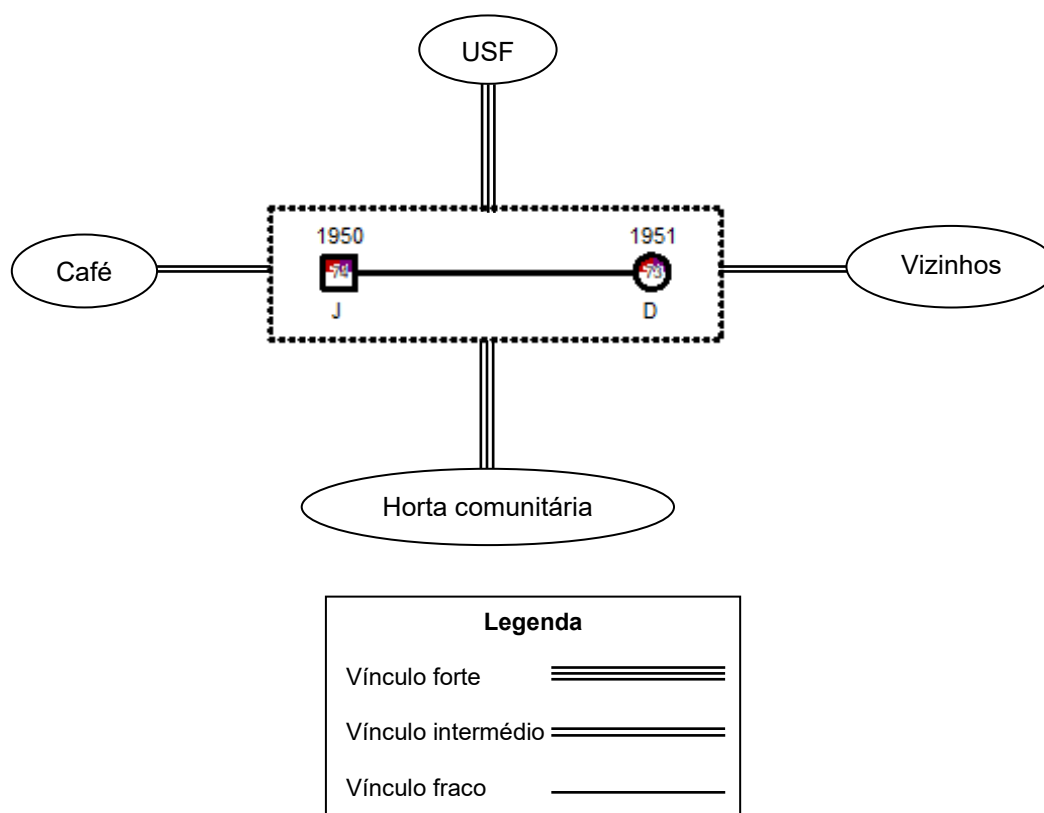


**Figura 9** - Genograma da Família Rosa

A Família Rosa é uma família do tipo nuclear, onde estão presentes o subsistema individual (o Sr. J e a D.<sup>a</sup> D) e o subsistema conjugal. No que se refere à família extensa, o Sr. J e a D.<sup>a</sup> D têm contacto pessoal e semanal com o filho R e nora, filha M e genro P e os netos C e R1, uma vez que almoçam todos juntos ao domingo (função de companhia social e regulação social). Apresentam contacto pessoal e diário com a neta D1, que vai almoçar todos os dias em casa dos avós por ser perto do local de trabalho, exercendo as funções de companhia social e apoio emocional. Pelo facto da filha E e do genro se encontrarem emigrados e

só conseguirem vir a Portugal nas férias de Verão, ambos estabelecem contacto telefónico semanal, como fonte de apoio emocional e guia cognitivo e conselhos (“Tentamos falar sempre com eles pelo menos uma vez por semana para ver se está tudo bem. É muito importante para nós e matamos saudades”). Com a restante família extensa da parte do Sr. J e da D.<sup>a</sup> D, mantêm contacto pessoal e telefónico mensal, considerando que têm um papel importante a nível de regulação social e ajuda material e de serviço.

Relativamente aos sistemas mais amplos, a família patenteia um vínculo forte com a USF e com a horta comunitária que têm num terreno contíguo à sua casa, onde passam a maior parte do tempo. Os vizinhos de longa data são classificados pelo casal como bastante próximos à família, representando um vínculo intermédio. O Sr. J e a D.<sup>a</sup> D frequentam diariamente um café, no qual já construíram relações de amizade (vínculo intermédio). Todas as interações entre os membros da família e os sistemas mais amplos estão ilustradas no ecomapa da Figura 10.



**Figura 10** - Ecomapa da Família Rosa

Preenchendo a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) c/5 itens, a posição social onde a família se insere é a III - Classe Média (profissão: grau três; instrução: grau quatro; origem do rendimento familiar: grau quatro; tipo de habitação: grau três; e local de residência: grau dois → pontuação total de 16).

Tendo em conta a dimensão estrutural do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança e abastecimento de água.

A origem do rendimento familiar situa-se no grau quatro da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) e a família tem conhecimento e capacidade para gerir os seus rendimentos de acordo com as despesas familiares (“Vivemos com o dinheiro das nossas reformas e sempre foi suficiente.”), portanto foi formulado o diagnóstico **Rendimento Familiar Não Insuficiente**. O tipo de habitação situa-se no grau três da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), na medida em que a família vive numa moradia T2 arrendada bem localizada e em bom estado de conservação. A D.<sup>a</sup> D é quem faz a limpeza e higiene da casa e foi possível verificar que estava devidamente limpa e higienizada, concluindo-se que se trata de um **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado**. A moradia não tem barreiras arquitetónicas (efetuada a avaliação das condições habitacionais relacionadas com os fatores de risco ambientais para o risco de queda) nem abastecimento de gás. A família usa aquecedores elétricos e apresenta conhecimento sobre como os utilizar e os cuidados a ter, indicando, por isso, **Precaução de Segurança Demonstrada**. O serviço de tratamento de resíduos e o abastecimento de água são fornecidos pela rede pública, na qual é efetuado o controlo da qualidade da água pelas autoridades competentes, pelo que se identifica **Abastecimento de Água Adequado**. A família não tem animal doméstico. Todos estes diagnósticos que não requerem intervenção no momento da avaliação e que exibem um juízo positivo associado manifestam-se como forças e recursos da família.

Na dimensão de desenvolvimento do MDAIF, a área de atenção avaliada foi a satisfação conjugal (relação dinâmica e comunicação).

No que diz respeito à satisfação conjugal na dimensão operativa relação dinâmica, a D.<sup>a</sup> D afirma ser ela quem assume a limpeza da casa, fazer as refeições e tratar da roupa, reiterando que o Sr. J ajuda em todas as tarefas. Quando questionados: “Como se sentem em relação à divisão/partilha das tarefas domésticas? Sentem-se satisfeitos?”, ambos os membros do casal dizem sentir-se satisfeitos (D.<sup>a</sup> D: “Sim, sinto-me satisfeita com a forma como gerimos as tarefas cá em casa. Sempre tivemos um bom entendimento nesse aspeto. Eu costumo tratar da maioria das tarefas, mas faço-o com gosto e à minha maneira.”; Sr. J: “E eu ajudo sempre que é preciso. Temos uma rotina que funciona bem para nós. Se for preciso pôr a mesa, arrumar ou levar o lixo, faço sem problema.”). Para compreender se o casal está satisfeito com o tempo que estão juntos, foi aplicada a questão de escala “Numa escala de 1 a 10, em que 1 é nada satisfeito e 10 muito satisfeito, como classificam a vossa satisfação em relação ao tempo que estão juntos?”. O Sr. J respondeu “Eu diria um 10, Enfermeira. Gosto mesmo de estar com a D. Sentimo-nos bem juntos, partilhamos os dias com tranquilidade e fazemos por manter o nosso tempo a dois, mesmo com a rotina. Não precisamos de muito para estarmos bem.” e a D.<sup>a</sup> D validou “Para mim, um 9. Estamos juntos há muitos anos e continuamos a gostar de passar tempo um com o outro. Temos os nossos momentos, gostamos de passear, conversar. Claro que nem sempre é tudo perfeito, mas no geral sinto-me muito satisfeita.”. A forma como cada elemento da Família Rosa expressa os sentimentos foi averiguada e ambos mencionaram que partilham sempre o que sentem um com o outro, expressando contentamento quando as suas emoções são entendidas com respeito mútuo (**Relação Dinâmica Não Disfuncional**). A comunicação conjugal na vertente da conversa sobre as expectativas e receios de cada um é considerada pelo casal uma das forças da sua união. Às questões “Quando existe algo que vos preocupa conversam sobre o assunto? Neste momento, têm receio de alguma coisa?”, o Sr. J e a D.<sup>a</sup> D demonstraram ter uma comunicação aberta e eficaz, afirmando que, sempre que surge alguma preocupação, tendem a conversar sobre o assunto de forma natural e tranquila. Salientaram que este hábito de diálogo mútuo é uma das bases do equilíbrio na relação. Relativamente a receios atuais, referiram não

existirem preocupações significativas, apenas pequenas inquietações habituais, como questões relacionadas com a saúde ou com os filhos, que consideram normais nesta fase da vida e que não interferem negativamente na harmonia conjugal. Quando têm opiniões diferentes, o Sr. J declara que, na maioria das vezes, conseguem chegar a um consenso e a D.<sup>a</sup> D afirma “Sim, é verdade. Nem sempre pensamos da mesma forma, mas acabamos por conversar e encontrar um ponto em comum. Acho que o importante é respeitarmo-nos e ouvirmo-nos. Mesmo quando há opiniões diferentes, tentamos sempre perceber o ponto de vista um do outro e, no fim, acabamos por decidir juntos.”. Para aferir a satisfação com o padrão de comunicação, foi indagada a questão “Numa escala de 1 a 10 (em que 1 é má e 10 muito boa), como classificam a vossa comunicação como casal?”. Tanto o Sr. J como a D.<sup>a</sup> D atribuíram a qualificação de 9, evidenciando uma perceção bastante positiva da qualidade do diálogo entre ambos (**Comunicação Eficaz**). Perante os dados obtidos, foi enunciado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Mantida**. A avaliação da satisfação conjugal foi fundamental para reconhecer e valorizar os recursos relacionais já existentes no seio do casal. Ao ser percecionada como uma força da família, procedeu-se ao elogio explícito da qualidade da comunicação e da capacidade de resolução conjunta de desafios e ao reforço positivo acerca dos comportamentos que sustentam o bem-estar conjugal.

Com foco na dimensão funcional do MDAIF, foi avaliada a área de atenção processo familiar (*coping* familiar, interação de papéis familiares e crenças familiares). O *coping* familiar evidenciou-se eficaz, pois quando é identificado algum problema, o Sr. J, habitualmente, toma a iniciativa para o resolver e a D.<sup>a</sup> D também colabora. O filho R tem um papel pertinente como recurso externo na resolução de problemas (**Coping Familiar Eficaz**). No que concerne à interação de papéis familiares, não foram encontrados dados sugestivos de conflitos ou saturação do papel (**Interação de Papéis Eficaz e Não Conflitual**). O tipo de família em que a Família Rosa se enquadra, aplicando a FACES II, é equilibrada e o resultado da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein denota que se trata de uma família altamente funcional (nove pontos). Estes dados levaram à formulação do diagnóstico **Processo Familiar Não Disfuncional**. Em relação

às crenças familiares religiosas e de valores, a família identifica-se com a religião católica, embora refira não praticar ativamente (não frequentam celebrações religiosas ou a Igreja). Apesar disso, partilham valores humanistas fortemente enraizados, como o respeito mútuo, a bondade e a empatia para com os outros, os quais orientam as suas atitudes e decisões. Revelam, ainda, uma postura de confiança perante os profissionais e serviços de saúde, acreditando na sua competência e na qualidade dos cuidados prestados.

Simultaneamente à Família Vermelha, todos os dados dos membros da Família Rosa foram importantes para o processo de prestação de cuidados centrado na unidade familiar, contudo foram também cruciais para a delineação dos planos de cuidados de cada indivíduo. Algumas das informações individuais sobre o Sr. J e a D.<sup>a</sup> D, apresentadas de seguida, foram obtidas a partir da documentação previamente registada no sistema de informação SClínico-CSP®.

O Sr. J tem como antecedentes pessoais HTA e DM tipo 2 desde 2011, perturbação de stress pós-traumático a partir de 2011 seguido em Psiquiatria (esteve na Guerra do Ultramar), osteoartrose da anca e do joelho direito com diagnóstico em 2013, síndrome do cólon irritable com início em 2018 e é portador de pacemaker definitivo desde 2023. A medicação habitual inclui Ácido Acetilsalicílico 100 mg 0+1+0, Atorvastatina 10 mg 0+0+1, Empagliflozina + Metformina 5+1000mg 0+1+0, Perindopril + Indapamida + Amlodipina 5 mg + 1.25 mg + 5 mg 1+0+0 e Bromazepam 3 mg 1+0+0 SOS. O Sr. J referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. O questionário da MAT autopreenchido pelo Sr. J obteve uma pontuação de 5,29 (em 6), significando um nível elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 91kg; altura – 1,76m; IMC – 29,4kg/m<sup>2</sup> (excesso de peso); e perímetro abdominal – 113cm (risco de complicações metabólicas muito aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: TA – 119/67mmHg;

frequência cardíaca – 60bpm; HbA1c – 6,8%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; o Sr. J cumpre com a autovigilância dos pés). O Sr. J não fuma nem bebe álcool. A alimentação é composta por quatro refeições por dia com déficit de ingestão de vegetais/fruta e excesso de ingestão de gorduras e hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado e o Sr. J bebe 2L de água por dia (“Normalmente faço quatro refeições por dia, mas sei que não como como devia. Raramente incluo vegetais ou fruta nas refeições. Acabo por comer muito à base de massa, arroz, batatas e algumas carnes mais gordas. Sei que devia equilibrar melhor a alimentação, mas é o que estou habituado a fazer e, sinceramente, não tenho muito jeito nem paciência para andar a pensar muito nisso. Às vezes até tento, mas acabo sempre por voltar aos mesmos hábitos.”). O Sr. J costumava fazer caminhadas todos os dias de manhã com a D.<sup>a</sup> D, no entanto, perdeu esse hábito desde há um ano (“Eu costumava sair todas as manhãs para caminhar com a minha esposa, era um momento nosso, fazíamos isso quase religiosamente todos os dias. Mas, há cerca de um ano, deixei de o fazer. Começou por ser por causa do tempo, depois veio alguma preguiça, outras prioridades, e fui perdendo o hábito. Tenho consciência de que me fazia bem, tanto fisicamente como mentalmente, e até sinto falta, mas acabei por deixar isso para segundo plano.”).

Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para o Sr. J, descritos no Quadro 3.

**Quadro 3** - Diagnósticos de Enfermagem formulados para o Sr. J da Família Rosa

<b>Foco de Atenção</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea
Autogestão do regime de exercício	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal
	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

As intervenções planejadas para o Sr. J foram: ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia e da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal; ensinar sobre autogestão do regime de exercício, ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização entre atividade física e o peso corporal.

A D.<sup>a</sup> D tem como antecedentes pessoais HTA e dislipidemia desde 2011, síndrome do ombro doloroso com início em 2012, DM tipo 2 desde 2014, osteoartrose do joelho com diagnóstico em 2016 e fibrilhação auricular desde 2017. A medicação habitual inclui Estriol [Ovestin] 1 mg/g 2x/semana, Propafenona 150 mg 1+0+1, Nebivolol 5 mg 1+0+0, Atorvastatina 10 mg 0+0+1, Metformina 500 mg 0+1+0, Apixabano [Eliquis] 5 mg 1+0+1 e Perindopril 4mg 1 e meio+0+0. A D.<sup>a</sup> D referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. O questionário da MAT autopreenchido pela D.<sup>a</sup> D obteve uma pontuação de 5,29 (em 6), significando um nível elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 73kg; altura – 1,52m; IMC – 31,6kg/m<sup>2</sup> (obesidade); e perímetro abdominal – 107cm (risco de complicações metabólicas muito aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: TA – 127/74mmHg; frequência cardíaca – 57bpm; HbA1c – 6,1%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; a D.<sup>a</sup> D cumpre com a autovigilância dos pés). A D.<sup>a</sup> D não fuma nem

bebe álcool. Paralelamente ao marido, a alimentação é composta por três/quatro refeições por dia com déficit de ingestão de vegetais/fruta e excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado e a D.<sup>a</sup> D bebe 1L de água por dia (“Tal como o meu marido, costumo fazer três ou quatro refeições por dia. No entanto, reconheço que a minha alimentação podia ser mais equilibrada. Como pouca fruta e raramente incluo vegetais nas refeições. Acabo por comer mais hidratos de carbono do que devia, como arroz, massa ou pão, porque é mais prático e estamos habituados assim. Sei que não é o ideal para a minha saúde, mas às vezes falta-me motivação para mudar.”). A D.<sup>a</sup> D não tem o hábito de praticar exercício, mostrando-se desmotivada para recomeçar a fazer as caminhadas diárias com o marido (“Não tenho por hábito fazer exercício físico. Houve uma altura em que eu e o meu marido fazíamos caminhadas todos os dias, mas isso ficou para trás. Agora, sinceramente, não me sinto motivada para retomar. Sei que me fazia bem, mas entre a rotina de casa e a falta de vontade, acabo por não dar esse passo. O meu marido até já falou em voltarmos a caminhar juntos, mas ainda não me sinto com ânimo para isso.”). No final da segunda consulta na USF, a D.<sup>a</sup> D referiu que, nos últimos cinco meses, tem sentido dificuldades em adormecer e em manter um sono contínuo durante a noite, o que tem afetado o seu descanso. Reconhece que esta situação tem impacto no seu bem-estar diário, mas ainda não procurou apoio específico para a resolver.

Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para a D.<sup>a</sup> D, descritos no Quadro 4.

**Quadro 4** - Diagnósticos de Enfermagem formulados para a D.<sup>a</sup> D da Família Rosa

<b>Foco de Atenção</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>
Sono	Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea
Autogestão do regime de exercício	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal
	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

As intervenções planeadas para a D.<sup>a</sup> D foram: ensinar sobre padrão de sono, ensinar sobre complicações do sono comprometido e ensinar sobre estratégias de promoção do sono; ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia e da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal; ensinar sobre autogestão do regime de exercício, ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização entre atividade física e o peso corporal.

#### **4.1.2. Ganhos em saúde resultantes da prestação de cuidados às famílias e aos seus membros**

A prestação de cuidados de enfermagem às famílias e aos seus membros, sustentada por modelos teóricos específicos como o MDAIF e a Teoria das Transições, permitiu identificar e potenciar ganhos em saúde que vão para além da mera resolução de problemas clínicos, promovendo efetivamente a capacitação e autonomia das famílias no processo de cuidar. Com base na matriz de indicadores de ganhos em saúde em enfermagem de saúde familiar e nos diagnósticos individuais positivados, foi possível observar ganhos centrados tanto no sistema familiar, como nos seus membros individualmente.

Tendo em conta as necessidades identificadas no que concerne à avaliação e intervenção familiar, foram obtidos resultados em função das intervenções

planeadas e implementadas. A matriz operativa do MDAIF norteou e serviu de apoio para a avaliação transversal das três principais dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Em primeiro lugar, as cinco famílias (100%) foram caracterizadas através de dados avaliativos como a composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos e a classe social.

A dimensão estrutural foi avaliada em todas as famílias, alcançando uma taxa de avaliação de 100% (cinco famílias) em cada uma das áreas de atenção analisadas, à exceção do animal doméstico (apenas duas famílias possuíam animal de estimação, correspondendo a 40% do total). Nesta dimensão, nenhuma das áreas de atenção avaliadas apresentou necessidade de intervenção.

Em relação à dimensão de desenvolvimento, a área de atenção avaliada em todas as famílias foi a satisfação conjugal (dimensões operativas: relação dinâmica e comunicação), atingindo uma taxa de avaliação de 100%. A dimensão operativa interação sexual foi passível de avaliar numa das cinco famílias (taxa de avaliação de 20%), sem mostrar necessidade de intervenção. Face à atividade diagnóstica realizada junto das cinco famílias, em 20% do total (uma família) foi formulado o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida relacionada com comunicação não eficaz. Nesta medida, após a execução de intervenções que tiveram como objetivo melhorar o padrão de comunicação do casal, registaram-se resultados positivos refletidos na redução da taxa de prevalência da comunicação não eficaz. A área de atenção papel parental (família com filhos adultos) foi também avaliada numa das cinco famílias (taxa de avaliação de 20%) e foram implementadas intervenções com vista à modificação positiva do *status* do diagnóstico papel parental não adequado.

Por fim, na dimensão funcional, a área de atenção processo familiar (dimensões operativas: *coping* familiar, interação de papéis familiares e crenças familiares) foi avaliada em todas as famílias, resultando numa taxa de avaliação de 100%. Após a análise efetuada, não se verificaram necessidades que justificassem intervenção nesta área.

Relativamente aos membros das famílias, os ganhos em saúde foram evidentes ao nível da adesão ao regime terapêutico, reformulação de estilos de vida, melhoria da autogestão da condição crónica e promoção da literacia em saúde. Os focos de atenção alvo de intervenção prenderam-se quer com os processos corporais e mentais, quer com o desenvolvimento do adulto e os autocuidados inerentes à doença crónica, designadamente: eliminação intestinal, maceração, hipertensão, ansiedade, sono, abuso do tabaco, comportamento de procura de saúde, adesão à vacinação, autogestão do regime medicamentoso, autogestão do regime dietético e autogestão do regime de exercício. A aplicação de instrumentos de avaliação e intervenção individual possibilitou uma monitorização mais objetiva do impacto das intervenções, direcionando os cuidados para as necessidades reais dos indivíduos.

Acresce que, ao promover o *empowerment* familiar e reforçar a capacidade de decisão partilhada, verificou-se um aumento na autonomia da família na gestão da saúde, bem como uma maior satisfação com os cuidados prestados, traduzindo-se num vínculo mais efetivo com os profissionais de saúde. A criação de planos de cuidados individualizados e a valorização das crenças e valores familiares foram essenciais para o alinhamento entre as expectativas da família e a prática profissional.

Os ganhos em saúde observados demonstram que a intervenção do EEECESF, quando fundamentada em modelos teóricos adequados e baseada em evidência, tem um impacto direto na promoção da saúde familiar, contribuindo para a sustentabilidade dos cuidados e para a melhoria da qualidade de vida das famílias acompanhadas.

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

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o EEECESF lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Esta competência específica atesta que o EEECESF “gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de

cuidados à família”, seguindo-se por 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” (p. 19358-19359). Atendendo ao acima explicitado, no presente subcapítulo são clarificadas as atividades desenvolvidas na esfera da competência supramencionada, sendo essencial descobrir quais as necessidades e/ou oportunidades existentes na USF.

#### **4.2.1. Articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família**

A articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família pressupõe que o EEECESF está incumbido de:

“promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família; referenciar a família para outros profissionais de saúde; orientar a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais; gerir a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família; e assegurar processos de mentorado e *coaching* aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19358-19359).

A promoção da colaboração interdisciplinar constitui um pilar imprescindível para garantir uma abordagem holística e centrada na família. O EEECESF atua como facilitador da comunicação e cooperação entre diferentes profissionais de saúde, como médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e terapeutas, assegurando que os objetivos comuns são alcançados. Funciona também como

mediador entre as necessidades da família e os recursos disponíveis nos diferentes níveis de prestação de cuidados (Oliveira et al., 2023). A colaboração interdisciplinar impulsiona uma visão mais abrangente das carências das famílias, evitando a duplicação de esforços e o risco de fragmentação dos cuidados. Esta articulação permite que cada profissional contribua com a sua experiência e competências, resultando em intervenções mais eficazes e personalizadas (Martins et al., 2022).

A referenciação adequada das famílias para outros profissionais ou serviços de saúde especializados é outra responsabilidade central da prática do EEECESF. Esta ação é baseada numa avaliação sistemática das necessidades, durante o acompanhamento familiar, e salvaguarda que as famílias recebem intervenções específicas e ajustadas ao seu contexto. O processo de encaminhamento deve ser realizado de forma clara, assente em critérios bem definidos, e sempre com o consentimento informado da família. Almeida e Costa (2021) destacam que uma referenciação eficaz evita redundâncias no sistema de saúde, reduz o tempo de resposta e melhora a experiência das famílias.

O EEECESF desempenha um papel ativo na orientação das famílias para a utilização consciente e eficiente dos recursos de saúde. Visa principalmente educar a família sobre os serviços disponíveis, apoiar a tomada de decisão informada e promover o uso racional e sustentável dos recursos de saúde, proporcionando uma melhor qualidade nos serviços recebidos e uma gestão mais eficaz dos custos. Segundo Almeida et al. (2020), a eficiência no uso de recursos depende do conhecimento dos serviços disponíveis e da capacidade do profissional em orientar a família para os canais adequados.

A continuidade dos cuidados é um elemento primordial para asseverar a eficácia das intervenções em saúde familiar, sendo que o EEECESF coordena esta continuidade ao estabelecer pontes entre as diversas unidades funcionais e instituições de saúde. A continuidade dos cuidados melhora os resultados clínicos, reduz a probabilidade de complicações e reforça a confiança das famílias no sistema de saúde (Martins et al., 2022).

Outra vertente inerente ao EEECESF é a sua posição como mentor e *coach* de outros profissionais da equipa interdisciplinar. Através de processos de mentoria e *coaching*, promove-se a consolidação de competências técnicas e relacionais, favorecendo o trabalho colaborativo e a aprendizagem contínua. A aplicação deste tipo de programas tem um impacto direto e significativo na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, dado que incentiva uma prática clínica orientada pela evidência científica e alinhada com os objetivos organizacionais (Ferreira & Costa, 2021).

No decorrer do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I” e do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II” foi transversal e notória a articulação existente entre os diferentes grupos profissionais que integram a USF, nomeadamente a equipa de enfermagem, a equipa médica e a equipa do secretariado clínico. O registo de todos os componentes do processo de enfermagem provenientes da prestação de cuidados às famílias e aos seus membros (dados, diagnósticos, intervenções e resultados) foi efetuado no sistema de informação SClínico-CSP®, o que possibilita que tanto a equipa médica como a equipa de enfermagem tenham acesso direto às informações, promovendo uma continuidade de cuidados mais eficaz e coordenada. O apoio da equipa do secretariado clínico revelou-se particularmente valioso no que diz respeito ao agendamento de consultas, à obtenção de contactos alternativos das famílias e à recolha de informação acerca do contexto clínico de estágio. A prontidão e a eficiência demonstradas por parte dos secretários clínicos foram determinantes para garantir a acessibilidade aos recursos prioritários e um atendimento célere e adequado às necessidades dos profissionais e utentes. Paralelamente, os técnicos auxiliares de saúde, os assistentes operacionais e a equipa de seguranças contribuem ativamente para o bom funcionamento da USF, tendo em vista a manutenção das condições de limpeza, higiene e organização do serviço, como também o encaminhamento correto das famílias nas instalações da USF e a implementação de medidas de proteção e vigilância.

No segmento da referenciação, foram reconhecidos os limites das competências e do papel assumido enquanto profissional e mestranda. A partir da identificação das necessidades das famílias e/ou dos indivíduos, efetivou-se a respetiva

referenciação, quer para profissionais com níveis de especialização diferenciados, como os da UCC, quer para outros grupos profissionais, incluindo a URAP (consultas e consultorias de Psicologia, Nutrição, Medicina Dentária, Psiquiatria e Endocrinologia) e o Serviço Social. A mobilização de recursos externos às instituições de saúde é também fulcral para potenciar o sucesso das intervenções planeadas e maximizar os ganhos em saúde. As autarquias e algumas associações são um bom exemplo a salientar, já que, gratuitamente (na maioria das vezes), dispõem de meios, instalações, projetos e atividades que dão resposta às exigências específicas das famílias e dos seus membros.

#### **4.2.2. Gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção**

A gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção assinala que o EEECESF:

“participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar; promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais; utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção; participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família; e utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19359).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista frisa igualmente que o enfermeiro especialista “responsabiliza-se por ser facilitador

da aprendizagem, em contexto de trabalho”, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como agente ativo no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Os sistemas de informação são uma ferramenta fundamental para apoiar e dar sustentação às operações das instituições de saúde, com a sua utilização suportada pelas práticas organizacionais de gestão (Pereira, 2009). Mota et al. (2016) reiteram que os sistemas de informação podem ser vistos como uma oportunidade para repensar e redefinir os processos de trabalho atuais, a fim de tirar partido de novas capacidades de informação para reduzir custos, aumentar a produtividade e melhorar os níveis de serviço.

No que toca à enfermagem, facilmente se depreende que cabe aos enfermeiros darem o seu contributo na continuidade dos cuidados prestados à família e aos seus membros, através da documentação rigorosa do processo de enfermagem, materializada nos registos clínicos. Nesta ótica, os registos de enfermagem devem ser os mais precisos e completos possíveis, de forma a garantir a consistência e a qualidade dos dados relatados (Ribeiro, 2019). A continuidade dos cuidados é um dos aspetos permanentemente presentes nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, o que comprova a importância da documentação da prática de enfermagem em toda a dinâmica dos cuidados (Mota et al., 2014). Por outro lado, os registos de enfermagem facilitam e enriquecem a comunicação entre a equipa de enfermagem e entre a equipa multidisciplinar e servem também como instrumento de auditoria para validar a prática profissional, direcionando a tomada de decisão e a construção de planos de cuidados consistentes (Ribeiro, 2019). A qualidade e segurança dos cuidados prestados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e a gestão da informação clínica é uma parte vital da sua atividade diária (Mota et al., 2014).

Face ao exposto, a prestação de cuidados à família e aos indivíduos foi documentada no sistema de informação SClínico-CSP® (maioritariamente, no processo familiar, no programa “Saúde da Família” e no processo individual), em

conjunto com a enfermeira orientadora cooperante. Ao transpor todas as informações para o SClínico-CSP®, verificou-se que alguns agregados familiares não estavam corretamente associados (o que compromete a conformidade dos registos, pelo que a equipa do secretariado clínico foi sensibilizada no sentido de atualizar os dados no Registo Nacional do Utente) e foram detetadas limitações, sobretudo no programa “Saúde da Família”. Uma das fragilidades observadas prende-se com a ausência de integração de todas as áreas de atenção consideradas essenciais para uma avaliação familiar abrangente. Além disso, o sistema não contempla a sugestão automatizada das intervenções decorrentes dos dados avaliativos recolhidos e respetivos diagnósticos. Outro *handicap* diz respeito à falta de interoperabilidade entre os processos familiares e individuais, uma vez que o sistema não permite a transferência direta dos registos realizados no processo familiar para os processos individuais dos membros da família. Esta falha implica que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sejam obrigados a duplicar registos, resultando num acréscimo de tempo despendido e num risco aumentado de perda ou inconsistência de informação. Assim, estas lacunas evidenciam a necessidade de otimização do sistema, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e a gestão integrada da informação.

Numa fase inicial do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, foi possível aferir a quase ausência de registos no programa “Saúde da Família”. Para corroborar tal facto, foi elaborado e aplicado um instrumento de auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” que se encontra no Anexo II.

O instrumento de auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” é constituído por 23 critérios de avaliação, sendo quatro pertencentes a parâmetros gerais de registo e os restantes a parâmetros específicos, subdivididos nas três dimensões do MDAIF: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Os critérios foram avaliados segundo os juízos “Cumpre”, “Não Cumpre” e “Não Aplicável”, existindo um campo de “Observações”, se necessário. A auditoria realizou-se no período entre 11 e 15 de novembro de 2024 e para a sua concretização foram selecionados

aleatoriamente 16 processos clínicos individuais, ou seja, foram auditados dois contactos de cada um dos oito enfermeiros da USF. Os registos alvo de verificação referem-se aos registos efetuados nos processos clínicos familiares aos quais pertence o indivíduo e aos registos nos processos clínicos individuais. Os resultados da auditoria pré- formação confirmaram, efetivamente, a quase nulidade de registos no programa “Saúde da Família”, pelo que se depreende a existência de uma franca margem para evolução.

Após a identificação prévia do problema relacionado com a documentação e perante a carência partilhada por todos os enfermeiros relativamente ao aproveitamento das potencialidades do SClínico-CSP® na avaliação e intervenção familiar, foi executado o levantamento e análise das necessidades formativas da equipa de enfermagem da USF, quer via observação e escuta ativa dos seus elementos, quer através de um questionário de diagnóstico das necessidades formativas (Anexo III). O questionário teve como principal finalidade identificar as reais necessidades da equipa acerca da documentação dos cuidados de enfermagem no programa “Saúde da Família” com a utilização do MDAIF. O instrumento é composto por duas partes (I e II), sendo que na primeira parte (I) recolhem-se dados para a caracterização socioprofissional do grupo-alvo e na segunda parte (II) são feitas algumas questões para conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na documentação no programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP®. A equipa da USF totaliza oito enfermeiros aos quais foi entregue o questionário, tendo todos eles procedido ao seu preenchimento.

Os dados da caracterização socioprofissional (parte I) foram analisados e apurou-se que: 100% dos colaboradores é do sexo feminino; a média de idades das enfermeiras da equipa fixa-se nos 41,4 anos; 62,5% tem Licenciatura, 37,5% tem Mestrado, 25% tem curso de Pós-Licenciatura e 12,5% tem Pós-Graduação; e a média de anos de exercício de funções como enfermeira de família/atividade nos cuidados de saúde primários é de 16,5 anos (tempo mínimo: 13 anos e tempo máximo: 24 anos). As respostas oriundas da avaliação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no programa “Saúde da Família”

(parte II) pré- formação são apresentadas posteriormente no Quadro 5, para que a comparação com os resultados pós- formação se torne mais visível e perceptível.

Reconhecendo a relevância da documentação do processo de concepção de cuidados na prática de enfermagem, bem como o seu impacto na organização e no bem-estar da família enquanto cliente, optou-se por desenvolver uma formação em serviço.

A formação em serviço permite a integração de conhecimentos teóricos e passa pela reflexão, debate e exercitação da destreza manual e intelectual das situações concretas vividas no dia a dia de cada unidade, com o objetivo de melhorar o desempenho profissional, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados. As experiências pedagógicas têm demonstrado que os comportamentos e conhecimentos adquiridos e que não são aplicados e consolidados têm tendência a extinguir-se, sendo em contexto de trabalho que se corrigem comportamentos incorretos e errados e que se reforçam os comportamentos corretos, inovadores e adequados (estes últimos são os que se pretende partilhar na formação em serviço). A formação em serviço é não só um direito dos profissionais, mas também um dever e o seu sucesso depende do envolvimento de todos. Para tal, é essencial a convergência entre interesses institucionais, realidade dos serviços e ambições individuais (USF, 2024b).

Complementarmente, o Regulamento Interno da USF enuncia que os principais processos da USF estão divididos nas áreas da prestação de cuidados (processos chave), da organização e gestão, da articulação com as instituições de saúde e da comunidade, e da formação e desenvolvimento da qualidade. Os processos de formação e desenvolvimento da qualidade incluem, entre outros, a formação contínua em contexto de trabalho (USF, 2022).

As ações de formação em serviço constituem um dos principais métodos para o aperfeiçoamento contínuo das competências dos profissionais, permitindo alinhar as práticas individuais e organizacionais com os objetivos estratégicos e operacionais das instituições. Segundo Chiavenato (2014), a formação em serviço é essencial para garantir a eficácia, eficiência e qualidade das organizações e o seu processo deve ser estruturado em etapas claras e

sequenciais que assegurem o sucesso das ações formativas. A dinâmica do processo formativo compreende quatro etapas: diagnóstico da situação (levantamento das necessidades formativas), planejamento da formação, implementação da formação e avaliação da formação (Chiavenato, 2014).

Aliando os resultados da auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” às necessidades relatadas pela equipa de enfermagem, oralmente e na avaliação com o questionário (diagnóstico da situação), foi planeada (Anexo IV) e implementada (Anexo V), em parceria com a colega de estágio Carina Coelho, uma formação em serviço intitulada “Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”” que decorreu no dia seis de dezembro de 2024 às 14h30m e contou com a participação dos oito elementos que compõem a equipa de enfermagem da USF (Anexo VI). A formação em serviço teve como objetivo geral: contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências na documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP® na avaliação e intervenção familiar referentes às dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. Os objetivos específicos estabelecidos foram: gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção; promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais; utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção; e contribuir para a utilização das tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

A segunda atividade delineada no processo formativo e proposta como suplemento à formação em serviço consistiu na realização de sessões de *coaching* individual com cada elemento da equipa de enfermagem da USF. Estas sessões representam uma mais-valia estratégica no acompanhamento ativo, próximo e personalizado da documentação dos cuidados aquando das consultas às famílias e têm como foco consolidar, reforçar e aplicar os conhecimentos adquiridos durante o processo formativo. Do ponto de vista organizacional, o

*coaching* individual pós-formação concorre para a criação de uma cultura de aprendizagem contínua, que permite aos profissionais de saúde sentirem-se apoiados no desenvolvimento das suas competências. Além de melhorar a qualidade dos registos, estas sessões proporcionam um espaço de reflexão crítica, no qual os enfermeiros têm a oportunidade de analisar as suas práticas documentais e identificar pontos de melhoria. Este processo permanente de monitorização e capacitação reforça a autonomia, a responsabilidade profissional e a confiança dos enfermeiros na gestão dos dados clínicos. Assim, as sessões de *coaching* individual não só contribuem para a otimização da documentação dos cuidados, mas também fortalecem o compromisso da equipa de enfermagem com a excelência e a continuidade dos cuidados prestados às famílias. De notar que a equipa de enfermeiros da USF revelou um elevado nível de interesse e motivação para as sessões, evidenciando uma clara disposição para a melhoria das suas práticas.

A avaliação da formação pode ser sustentada pelo modelo de Kirkpatrick, desenvolvido por Donald Kirkpatrick em 1959 e amplamente difundido até aos dias de hoje. Este modelo é uma ferramenta estruturada para avaliar a eficácia das ações de formação e organiza a avaliação em quatro níveis complementares, permitindo analisar a reação imediata dos participantes e os impactos a longo prazo nos resultados organizacionais (Baraças, 2017). O nível 1 – Reação, avalia a satisfação dos participantes com a formação, medindo perceções sobre o conteúdo, metodologia, formadores e condições do ambiente formativo. O nível 2 – Aprendizagem, analisa se os participantes adquiriram os conhecimentos, competências e atitudes pretendidos durante a formação, geralmente através de testes ou atividades práticas. O nível 3 – Comportamento, examina se os participantes aplicaram os conhecimentos adquiridos no ambiente de trabalho, verificando se existem mudanças concretas nas suas práticas profissionais. O nível 4 – Resultados, mede os impactos finais da formação na organização, como melhorias na produtividade, qualidade dos serviços prestados, redução de erros ou satisfação dos utentes. O modelo de Kirkpatrick destaca-se pela sua abordagem sistemática e integrada, oferecendo uma visão

abrangente sobre os efeitos da formação, desde a experiência individual até aos resultados globais da organização (Baraças, 2017).

Logo após o término da formação em serviço, a fim de avaliar a Reação dos formandos (nível 1), foi aplicado um questionário de avaliação da sessão (Anexo VII), anónimo e constituído por perguntas de resposta fechada (escala de 1 a 5, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 “muito”). Os resultados desta avaliação foram extremamente satisfatórios (75% dos participantes classificaram em cinco todos os itens e 25% dos formandos classificaram em cinco todos os itens, exceto os parâmetros “Estímulo à participação dos/as formandos/as na sessão” e “Capacidade de motivar para as matérias lecionadas” pontuados em quatro).

Passadas seis semanas da data da sessão de formação, foram aplicados, nos mesmos termos, o questionário inicial de diagnóstico das necessidades formativas e o instrumento de auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”, atestando os níveis de Aprendizagem (nível 2) e Comportamento (nível 3), respetivamente. Idealmente, a avaliação da transferência dos conhecimentos para a prática deveria ocorrer três, seis ou 12 meses após a formação em serviço (Baraças, 2017). Contudo, em virtude dos limites temporais, a última semana de estágio foi o *timing* mais tardio possível para proceder à avaliação do nível 3 do modelo de Kirkpatrick.

A análise comparativa das respostas dadas à segunda parte do questionário de diagnóstico das necessidades formativas pré e pós-formação está sistematizada no Quadro 5.

**Quadro 5** - Resultados do questionário nos dois momentos de avaliação (pré e pós-formação)

<b>Parte II – Avaliação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no programa “Saúde da Família”</b>			
<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>	<b>Pré-Formação %/n</b>	<b>Pós-Formação %/n</b>
1. A USF tem recursos para que consiga efetuar registos de enfermagem no programa “Saúde da Família”?	Sim	62,5% (5/8)	87,5% (7/8)
	Não	37,5% (3/8)	12,5% (1/8)
1. a. Se respondeu “Não” à questão anterior, identifique os recursos que considera estarem em falta (pode optar por mais que uma resposta).	Recursos humanos	66,7% (2/3)	100% (1/1)
	Recursos materiais	66,7% (2/3)	100% (1/1)
	Recursos de logística	33,3% (1/3)	0% (0/1)
	Recursos organizacionais	100% (3/3)	100% (1/1)

	Outros	33,3% (1/3)	0% (0/1)
2. Considera importante realizar a documentação no programa “Saúde da Família”?	Sim	87,5% (7/8)	100% (8/8)
	Não	12,5% (1/8)	0% (0/8)
3. Costuma fazer documentação no programa “Saúde da Família”?	Sim	12,5% (1/8)	37,5% (3/8)
	Não	87,5% (7/8)	62,5% (5/8)
3. a. Se respondeu “Não” à questão anterior, qual o motivo?	Falta de tempo	71% (5/7)	80% (4/5)
	Não é importante	0% (0/7)	0% (0/5)
	Não sei como fazer	43% (3/7)	60% (3/5)
	Não considero prioritário	14,3% (1/7)	0% (0/5)
	Outro	14,3% (1/7)	0% (0/5)
3. b. Se respondeu “Sim” à questão anterior, assinale onde o faz:	Programa de Saúde da Família associado ao Processo Individual do membro da família	0% (0/1)	66,7% (2/3)
	Programa de Saúde da Família associado ao Processo Familiar	100% (1/1)	66,7% (2/3)
	Notas associadas ao Processo Individual do membro da família	100% (1/1)	100% (3/3)
	Notas associadas ao Processo Familiar	0% (0/1)	0% (0/3)
4. Conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?	Sim	75% (6/8)	100% (8/8)
	Não	25% (2/8)	0% (0/8)
5. Já teve formação sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?	Sim	62,5% (5/8)	100% (8/8)
	Não	37,5% (3/8)	0% (0/8)
5. a. Se respondeu “Sim” à questão anterior, em que contexto a realizou?	Curso de Licenciatura em Enfermagem	0% (0/5)	0% (0/8)
	Unidades Curriculares Isoladas	0% (0/5)	0% (0/8)
	Curso de Pós-Graduação	20% (1/5)	12,5% (1/8)
	Eventos científicos (ex.: <i>workshop</i> )	0% (0/5)	0% (0/8)
	Formação em serviço	100% (5/5)	100% (8/8)
	Outros (Mestrado, Doutoramento, ...)	40% (2/5)	25% (2/8)
6. Conhece as dimensões de avaliação que integram o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?	Sim	50% (4/8)	100% (8/8)
	Não	25% (2/8)	0% (0/8)
	Sem resposta	25% (2/8)	0% (0/8)
7. Relativamente à avaliação familiar, na dimensão estrutural são avaliadas as seguintes áreas de atenção (selecione as corretas): Rendimento familiar, Edifício residencial, Animal doméstico, Processo familiar, Papel parental, Todas as anteriores	Certa	25% (2/8)	100% (8/8)
	Errada	50% (4/8)	0% (0/8)
	Sem resposta	25% (2/8)	0% (0/8)
8. O que entende por genograma? Assinale a resposta errada.	Certa	37,5% (3/8)	75% (6/8)
	Errada	50% (4/8)	25% (2/8)
	Sem resposta	12,5% (1/8)	0% (0/8)
9. No foco Edifício residencial, a atividade diagnóstica é conduzida para diferentes dados avaliativos. Selecione a opção errada. (Barreiras arquitetónicas, Aquecimento, Abastecimento de gás,	Certa	50% (4/8)	75% (6/8)
	Errada	37,5% (3/8)	25% (2/8)
	Sem resposta	12,5% (1/8)	0% (0/8)

Higiene da habitação, Animal doméstico, Todas as anteriores)			
10. Na dimensão de desenvolvimento, quais são as áreas de atenção avaliadas? Selecione a opção correta.	Certa	62,5% (5/8)	100% (8/8)
	Errada	25% (2/8)	0% (0/8)
	Sem resposta	12,5% (1/8)	0% (0/8)
11. Sente-se motivado/a, caso ainda não o faça, para começar a documentar no programa “Saúde da Família”?	Sim	37,5% (3/8)	75% (6/8)
	Não	50% (4/8)	25% (2/8)
	Sem resposta	12,5% (1/8)	0% (0/8)
12. Acredita que a sua participação nos registos do programa “Saúde da Família” pode favorecer a monitorização dos fenómenos de enfermagem e contribuir de forma relevante para a qualidade dos cuidados prestados enquanto “Enfermeiro de Família”?	Sim	100% (8/8)	100% (8/8)
	Não	0% (0/8)	0% (0/8)
13. Na sua opinião, qual seria a melhor estratégia para melhorar o conhecimento da equipa acerca deste tema? (pode optar por mais que uma resposta)	Formação em equipa	62,5% (5/8)	87,5% (7/8)
	Sessões individuais de mentoria	62,5% (5/8)	100% (8/8)
	Simulações	12,5% (1/8)	75% (6/8)
	<i>E-learning</i>	12,5% (1/8)	50% (4/8)
	Outra	0% (0/8)	0% (0/8)

Os resultados espelham uma evolução positiva e consistente em quase todas as variáveis avaliadas (conhecimento, motivação e prática da documentação dos cuidados de enfermagem no programa “Saúde da Família”). A perceção de que a USF possui recursos para registar os cuidados aumentou de 62,5% para 87,5%, refletindo uma maior consciencialização da equipa quanto às condições existentes. O reconhecimento da importância da documentação passou de 87,5% para 100%, tal como o conhecimento sobre o MDAIF, que atingiu os 100% no pós-formação. O número de profissionais que efetivamente documenta subiu de 12,5% para 37,5% e a motivação para iniciar essa prática também registou um crescimento expressivo (de 37,5% para 75%). No domínio técnico-científico, verificou-se um aumento significativo de respostas corretas às questões sobre o MDAIF, incluindo as dimensões de avaliação e o conhecimento acerca do genograma, o que evidencia ganhos após a formação. Destaca-se ainda a valorização acrescida de estratégias formativas, com um aumento na preferência por mentoria individual (de 62,5% para 100%) e formação em equipa (de 62,5% para 87,5%), bem como pela introdução de metodologias mais ativas, como simulações e *e-learning*. Estes resultados reforçam a eficácia da formação em serviço na promoção da melhoria contínua da prática clínica e no desenvolvimento de competências na área de enfermagem de saúde familiar.

Por sua vez, os resultados obtidos a partir da aplicação do instrumento de auditoria aos registos aos 16 processos clínicos individuais num momento prévio à formação e seis semanas depois (período entre 13 e 17 de janeiro de 2025) encontram-se representados no Quadro 6.

**Quadro 6** - Resultados pré e pós-formação do instrumento de auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”

<b>Parâmetros Gerais de Registo</b>		
<b>Critério</b>	<b>Pré-Formação %/n</b>	<b>Pós-Formação %/n</b>
1. Apresenta registos no “Processo Familiar”	6,3% (1/16)	31,3% (5/16)
2. Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico familiar	0% (0/16)	12,5% (2/16)
3. Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico individual	0% (0/16)	0% (0/16)
4. Apresenta registos de, pelos menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF	0% (0/16)	12,5% (2/16)
<b>Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Estrutural do MDAIF</b>		
<b>Critério</b>	<b>Pré-Formação %/n</b>	<b>Pós-Formação %/n</b>
5. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF	0% (0/16)	12,5% (2/16)
6. Apresenta registos sobre “Tipo de Família”	6,3% (1/16)	12,5% (2/16)
7. Apresenta registos sobre “Classe Social”	6,3% (1/16)	12,5% (2/16)
8. Apresenta registos sobre “Suporte”	0% (0/16)	12,5% (2/16)
9. Apresenta registos da área “Abastecimento de água”	0% (0/16)	12,5% (2/16)
10. Apresenta registos da área “Habitação”	0% (0/16)	12,5% (2/16)
11. Apresenta registos da área “Rendimentos”	0% (0/16)	12,5% (2/16)
12. Apresenta registos da área “Precaução de Segurança”	0% (0/16)	12,5% (2/16)
13. Apresenta registos da área “Animal Doméstico”	0% (0/16)	12,5% (2/16)
<b>Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF</b>		
<b>Critério</b>	<b>Pré-Formação %/n</b>	<b>Pós-Formação %/n</b>
14. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento do MDAIF	0% (0/16)	12,5% (2/16)
15. Apresenta registos sobre “Ciclo de <i>Duvall</i> ”	0% (0/16)	12,5% (2/16)
16. Apresenta registos da área “Satisfação Conjugal”	0% (0/16)	12,5% (2/16)
17. Apresenta registos da área “Planeamento Familiar”	0% (0/16)	0% (0/16)
18. Apresenta registos da área “Adaptação à Gravidez”	0% (0/16)	0% (0/16)
19. Apresenta registos da área “Papel Parental”	0% (0/16)	0% (0/16)
<b>Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Funcional do MDAIF</b>		
<b>Critério</b>	<b>Pré-Formação %/n</b>	<b>Pós-Formação %/n</b>
20. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão funcional do MDAIF	0% (0/16)	12,5% (2/16)
21. Apresenta registos sobre “Crenças”	0% (0/16)	0% (0/16)
22. Apresenta registos da área “Papel de Prestador de Cuidados”	0% (0/16)	6,3% (1/16)
23. Apresenta registos da área “Processo Familiar”	0% (0/16)	6,3% (1/16)

A análise dos registos realizados nos processos clínicos antes e após a formação em serviço evidencia melhorias significativas na documentação associada ao programa “Saúde da Família”, sobretudo no que respeita à aplicação do MDAIF. Antes da formação, os registos eram praticamente inexistentes, com valores nulos ou muito baixos em quase todos os parâmetros. Após a formação, observou-se um aumento considerável nos registos no processo familiar (de 6,3% para 31,3%) e a inclusão de registos em diversas áreas de atenção das três dimensões do MDAIF, ainda que de forma incipiente (12,5% em grande parte dos critérios). Destaca-se, na dimensão estrutural, a introdução de registos relativos ao tipo de família, classe social, suporte, habitação, rendimentos, precaução de segurança e animal doméstico, refletindo uma maior sensibilidade da equipa para os fatores sociais e contextuais que influenciam a saúde familiar. Na dimensão de desenvolvimento, começaram a surgir registos sobre o ciclo de vida familiar e a satisfação conjugal, enquanto na dimensão funcional surgiram os primeiros registos nas áreas do papel de prestador de cuidados e do processo familiar. Ainda que os valores se mantenham baixos, os dados demonstram uma tendência clara de melhoria na prática documental, revelando que a formação teve um impacto positivo na aplicação do MDAIF e na integração da abordagem familiar nos cuidados de enfermagem. Os resultados sugerem a necessidade de reforçar estratégias formativas e acompanhamento contínuo, com vista à consolidação destas competências na prática assistencial.

A avaliação dos Resultados (nível 4) visa medir os impactos finais da formação na organização, tais como a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a diminuição de erros, o aumento da eficiência e a satisfação dos utentes e das equipas. Contudo, este nível exige tempo e continuidade, sendo pouco viável a sua avaliação imediata após a formação, especialmente em contextos como o de um estágio de curta duração, onde o impacto organizacional ainda não é plenamente mensurável. Apesar dessa limitação temporal, é possível sugerir indicadores de avaliação futuros, que permitam monitorizar a evolução dos resultados ao longo do tempo. Entre esses indicadores destacam-se: o aumento da qualidade e consistência da documentação clínica; a redução da omissão de registos essenciais; a frequência da utilização do MDAIF; a integração das áreas

de atenção nos processos individuais e familiares; e a satisfação das famílias com os cuidados prestados, aferida por questionários ou *feedback* direto. A recolha e análise periódica destes dados, articulada com auditorias internas e momentos de reflexão em equipa, poderá contribuir para validar o impacto real da formação na melhoria da prática clínica.

## 5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem como propósito refletir sobre as competências adquiridas durante a componente clínica e representa uma sumarização de todos os contributos do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I” e do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II” com repercussões bastante positivas, quer na prática profissional, quer em termos de crescimento pessoal.

A noção de competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017, p. 2), competência “é um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação”. O saber profissional de enfermagem é um saber de ação, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de atos, mas engloba igualmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos (OE, 2017). Como tal, considera-se benéfico para o profissional ter a oportunidade de, no seu percurso profissional, se deparar com o maior número possível de situações e experiências clínicas. Nesta linha de pensamento, a consolidação e a uniformização dos procedimentos assenta em competências comuns e competências específicas devidamente regulamentadas e reconhecidas que orientam o exercício profissional dos enfermeiros.

As competências comuns são as “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria

contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais), aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019).

As competências específicas são as “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns, acima descritas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019).

A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019). No caso da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, está estipulado que o EEECESF “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

O programa formativo do ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do EEECESF integra uma componente teórica, teórico-prática e prática laboratorial e uma outra componente clínica, asseverando-se assim condições para um percurso formativo global. A componente teórica deste programa abrange cinco áreas do conhecimento específicas: referenciais sociopolíticos e epistemológicos; modelos e técnicas de avaliação e de intervenção familiar; a família como unidade de cuidados; indivíduo ao longo do ciclo vital, inserido na família, aos

diferentes níveis de prevenção; e comunicação e interação (Aviso n.º 6702/2021).

A definição de competências do EEECESF, profissional que presta cuidados numa grande diversidade de papéis e contextos, deve anexar os princípios fundamentais da prática de cuidados à família e depende de vários fatores macrossistémicos, como sistemas de saúde; padrões demográficos; determinantes de saúde a nível social, político, cultural, económico, biológico; e recursos da comunidade (Figueiredo & Fonseca, 2023). Neste sentido, os cuidados de enfermagem focados nas famílias e nos seus membros estão alicerçados em dimensões basilares a seguir descritas. A identificação das necessidades e dos estados de saúde exige um conhecimento aprofundado dos determinantes sociais da saúde, das dinâmicas familiares e comunitárias, bem como do funcionamento dos CSP. Estes elementos constituem recursos fundamentais para a compreensão das realidades em que as famílias estão inseridas e para a deteção precoce de fatores de risco ou vulnerabilidade. No domínio da avaliação, diagnóstico e monitorização, o EEECESF recorre a técnicas especializadas, como a entrevista familiar, complementadas por competências na área da avaliação física, da farmacologia e da psicopatologia, permitindo uma abordagem holística e rigorosa da situação de saúde dos indivíduos e das famílias. A prestação de cuidados inclui a competência de providenciar tratamento, cuidados e serviços, através de uma intervenção contextualizada no quotidiano das famílias, respeitando as suas rotinas, valores e preferências. Simultaneamente, a integração em equipas multidisciplinares e a articulação com diferentes níveis de cuidados são essenciais para uma resposta coordenada e eficaz perante as problemáticas familiares. No que respeita à gestão, liderança e planeamento em saúde, destaca-se a capacidade de conceber, implementar e avaliar programas dirigidos à saúde familiar, bem como a gestão eficiente dos recursos disponíveis. A promoção de padrões de qualidade e a melhoria contínua dos processos de intervenção constituem, igualmente, áreas-chave deste domínio. Por fim, o desenvolvimento profissional contempla ainda competências de investigação, avaliação e inovação, por via da produção e aplicação de conhecimento científico, da análise das necessidades

emergentes da prática e da elaboração de relatórios que sustentem a tomada de decisão em saúde familiar e comunitária (Figueiredo & Fonseca, 2023).

Incorporando todas estas conceções teóricas e também saberes de outras áreas do conhecimento, o desenvolvimento de competências clínicas no domínio da enfermagem de saúde familiar possibilitou a apropriação de uma multiplicidade de abordagens e de intervenções, tendo em conta a especificidade de cada família. A utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar, a gestão do ciclo de vida familiar (compreensão das transições familiares para ajustar as intervenções às necessidades específicas de cada fase), a promoção da autonomia familiar (apoiar as famílias na identificação e mobilização de recursos internos e externos, fortalecendo a sua capacidade de resolver problemas e tomar decisões informadas), a prevenção e gestão de vulnerabilidades (identificar fatores de risco, como situações de violência, dificuldades económicas ou doenças crónicas, implementando planos de intervenção adequados) e a articulação em rede (estabelecer parcerias com outras instituições e serviços, promovendo a continuidade de cuidados e o uso eficiente de recursos) são exemplos de funções únicas e diferenciadas desempenhadas pelo EEECESF, que permitem atuar de forma integrada e holística, respeitando a singularidade de cada família e promovendo o seu bem-estar.

Desde o primeiro contacto, foi fomentada uma relação terapêutica assente na empatia, escuta ativa e confiança mútua. A realização de entrevistas familiares sistematizadas possibilitou a criação de um ambiente propício à partilha de informações e emoções. Destaca-se o caso da Família Vermelha, na qual, através de sucessivas consultas, se construiu uma relação sólida que permitiu abordar questões sensíveis como a relação conjugal e os desafios parentais com filhos adultos. A colheita de dados foi efetuada com recurso a instrumentos como o genograma, ecomapa, escalas de avaliação, bem como entrevistas familiares baseadas no MDAIF. A atividade diagnóstica permitiu uma análise integrada das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família, orientando a formulação de diagnósticos de enfermagem. Ao longo do acompanhamento das famílias, foi feita uma monitorização contínua das respostas às intervenções de enfermagem, com recurso a indicadores clínicos e comportamentais. No caso da

D.<sup>a</sup> D, da Família Rosa, a evolução do padrão de sono e da motivação para o autocuidado foi acompanhada e documentada em registos clínicos, permitindo reajustar intervenções de forma atempada. A prática clínica foi sustentada por referenciais teóricos, como o MDAIF, a Teoria das Transições e estudos científicos revistos, garantindo intervenções seguras e personalizadas. A utilização da entrevista motivacional junto do Sr. F para promover a cessação tabágica é um exemplo claro da aplicação da melhor evidência na prática. Foram aplicadas intervenções terapêuticas direcionadas para as necessidades identificadas, como prescrição de tarefas, rituais familiares e sessões educativas. Destaca-se o planeamento conjunto com o casal da Família Vermelha de retomar atividades conjuntas no parque de campismo como ritual terapêutico para reforço da coesão conjugal. Foi evidente o apoio prestado em processos de transição como o envelhecimento e gestão da doença crónica. As famílias foram capacitadas a reconhecer os seus próprios recursos, promovendo a autonomia e coesão familiar. O envolvimento ativo manifestou-se na assunção de um papel crítico e reflexivo durante todo o percurso clínico. Participou-se ativamente na prestação de cuidados, na dinamização da formação em serviço e em sessões de *coaching* individual com os colegas da USF, fomentando uma cultura de melhoria contínua da prática profissional. As intervenções foram devidamente registadas no sistema SClínico-CSP®, com articulação à Ontologia de Enfermagem e às diretrizes da Ordem dos Enfermeiros, respeitando a lógica do processo de enfermagem. Os resultados das intervenções foram analisados em momentos de *follow-up*, com a reavaliação de diagnósticos e reformulação de planos de cuidados sempre que necessário.

Durante o estágio, tornou-se evidente a importância da articulação eficaz com os diferentes profissionais e estruturas da unidade funcional para garantir cuidados de saúde integrados e centrados na família. Esta competência foi exercida através da referenciação, sempre com o consentimento informado da família, para serviços especializados. Para além disso, a colaboração com a equipa médica e o secretariado clínico da USF revelou-se essencial, por exemplo, para o agendamento atempado de consultas, a obtenção de contactos ou a recolha de informação clínica complementar. A articulação multidisciplinar

permitiu agilizar a resposta e assegurar a continuidade dos cuidados, otimizando os recursos disponíveis em prol da família. A gestão do sistema de cuidados foi realizada de forma estruturada e ajustada às reais necessidades de cada família, através da aplicação de intervenções diferenciadas nos vários níveis de prevenção. No âmbito da prevenção primária, foram dinamizadas ações de promoção da saúde, como a motivação para a retoma da atividade física e adoção de padrões alimentares saudáveis. Na prevenção secundária, foram aplicados questionários/escalas para rastreio de risco, como a Escala de Quedas de *Morse*, o Índice de *Barthel* e o questionário da MAT, com o objetivo de detetar precocemente alterações no estado de saúde. A nível da prevenção terciária, interveio-se na gestão da doença crónica e na capacitação dos indivíduos e famílias para o autocuidado, ajustando os planos de cuidados às respostas observadas. Em contexto de prevenção quaternária, foram tidas em conta decisões partilhadas e evitadas intervenções desnecessárias, respeitando os valores e preferências da família. A gestão integrada reforçou a autonomia familiar e promoveu ganhos em saúde mensuráveis e sensíveis à intervenção de enfermagem.

Visto que o processo orienta o cuidado e faz a diferença no agir profissional, o percurso formativo foi norteado pelo modelo teórico de Patrícia Benner (2001), constituindo-se como fio condutor da aprendizagem ao longo dos estágios. Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências, apoiado no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco estádios de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência que são o reflexo de mudanças em três aspetos, o primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, o segundo diz respeito à modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação e o terceiro aspeto é a passagem de mero observador a executante envolvido (Pinto, 2015). Trata-se de um sistema dinâmico, aprimorado e aprofundado com a experiência e com o tempo, onde é imperativo refletir nas aprendizagens que a

prática (*know-how*) oferece, coligando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo) sem descuidar o comportamento ético (Benner, 2001).

A competência é, assim, o resultado da soma de um todo (saber-ser, saber-fazer e saber-saber), nas quais se encontram o conhecimento, a habilidade, a aptidão (mentais, físicas e intelectuais) e a atitude. Os conhecimentos e a formação contínua enquadram-se numa lógica a partir da qual se desenvolvem as competências/habilidades do enfermeiro (saber-fazer), treinadas diariamente e condicionadas pela transferência do saber para a prática clínica (Nogueira, 2022).

Distinguido como agente de mudança, o EEECESF é detentor de um elevado conhecimento e experiência, demonstrando um julgamento clínico ágil e intuitivo na forma como reconhece os problemas da família e dos seus membros. A prática de enfermagem nos CSP requer um conjunto ímpar e notório de capacidades de análise, intervenção e conhecimento específico que são verdadeiramente úteis para tomar decisões, comunicar eficazmente, estabelecer prioridades e agir prontamente perante situações imprevistas e complexas.

A reflexão sobre a prática profissional tem vindo a ser reconhecida como uma ferramenta essencial para o desenvolvimento de competências qualitativamente distintas. Donald Schön (1992) apresentou um modelo inovador que conceptualiza a aprendizagem experiencial através da reflexão na ação, reflexão sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação. A capacidade de refletir durante a ação, após a ação e sobre o próprio processo reflexivo é um elemento-chave para a evolução da prática clínica, permitindo analisar criticamente as decisões, ajustar intervenções em tempo real e melhorar, continuamente, a qualidade dos cuidados prestados (Schön, 1992).

As experiências práticas com as famílias alvo da prestação de cuidados foram cruciais para a aquisição e aperfeiçoamento de todas as competências comuns e específicas e desencadearam um impacto efetivo e direto na prática profissional, reproduzido na melhoria da qualidade dos cuidados centrados na família, no fortalecimento do papel de liderança (promoção de boas práticas e gestão eficaz de recursos), no aumento da autonomia profissional (tomada de

decisões mais fundamentadas e seguras, com base em evidência científica) e na promoção do bem-estar familiar.

A análise crítico-reflexiva acerca do processo de aprendizagem suscita a nomeação dos pontos fortes, dos desafios a superar e das áreas de melhoria e, basicamente, resume-se à integração e aplicação dos princípios teóricos na prática clínica, contando com a colaboração de uma equipa multiprofissional e multidisciplinar. Deste modo, o caminho desde a colheita de dados e formulação de diagnósticos até ao planeamento e implementação de intervenções dirigidas às famílias e aos seus membros, mantendo bem presente a perspetiva sistémica e a aplicação de instrumentos de avaliação familiar e individual, e a capacidade de gerir múltiplos cuidados e articular com diferentes profissionais foram o mote para compreender as dinâmicas familiares, os fatores de risco e os recursos/forças disponíveis.

O desafio prendeu-se precisamente em inserir a lente na gestão e planificação de cuidados personalizados e individualizados, que conduziu à definição de planos adequados às necessidades reais de cada família e de cada um dos seus elementos. Apesar dos avanços obtidos, foi perceptível que algumas famílias apresentavam resistência à intervenção, seja por barreiras culturais, baixa literacia em saúde ou dificuldades socioeconómicas, o que reforçou a necessidade de utilização de estratégias de comunicação eficazes. A limitação de tempo exigiu a existência de flexibilidade e priorização de cuidados, assentes no acompanhamento apropriado e humanizado das famílias. As competências de liderança dilataram-se através da interação com a equipa de enfermagem e da cooperação com outros profissionais de saúde/serviços de saúde, fortificando as estratégias integradas de negociação e comunicação assertiva. A motivação e a capacitação eficientes de todos os colaboradores da equipa influenciam as boas práticas clínicas e, portanto, a participação ativa e a partilha de conhecimentos no seio dos CSP são altamente pertinentes. A implementação de práticas baseadas na evidência torna possível consolidar competências na recolha, análise e aplicação de conhecimento científico. Os processos de auditoria clínica e a avaliação da qualidade dos cuidados possibilitou a reflexão sobre a importância da sistematização dos registos clínicos e da monitorização

de indicadores de saúde familiar. Todavia, persistem desafios na atualização de práticas e na incorporação da evidência científica no cotidiano assistencial, sendo o EEECESF a chave para superar tais dificuldades, incentivando a prática reflexiva e a formação contínua dentro das equipas.

As reuniões realizadas com as professoras orientadora e coorientadora, bem como com as professoras responsáveis pela orientação pedagógica foram momentos determinantes de reflexão crítica e discussão construtiva sobre diversos aspetos referentes quer à produção do presente relatório, quer à elaboração dos planos de cuidados. A enfermeira orientadora cooperante destacou-se pelo seu carácter simplificador e mediador da complexa contextualização da ação, caracterizando-se como mentora ao proporcionar as condições ideais para atingir os objetivos propostos. Para além da enfermeira orientadora cooperante, a equipa de enfermagem da USF e a equipa do secretariado clínico demonstraram sempre uma conduta proativa, pautada por reiteradas atitudes e palavras de incentivo, motivação e estímulo, especialmente nos instantes de dúvida e incerteza, promovendo um ambiente de aprendizagem seguro e enriquecedor.

Conciliar a atividade profissional em cuidados hospitalares com a frequência do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e com a realização dos estágios numa USF representou um desafio significativo, impondo uma adaptação constante a contextos assistenciais distintos. A transição entre um modelo de cuidados predominantemente curativo e centrado na doença, típico do ambiente hospitalar, para uma abordagem preventiva, holística e focada na família e nos seus membros, característica da enfermagem de saúde familiar, exigiu reestruturação do pensamento clínico, flexibilidade na tomada de decisão e um olhar ampliado sobre o impacto da família na saúde dos utentes. Contudo, esta vivência revelou-se extraordinariamente transformadora e gratificante, pois permitiu articular diferentes perspetivas da prática de enfermagem, reforçando a capacidade de intervenção tanto no tratamento e gestão da doença aguda, como na promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito comunitário.

Assumindo a necessidade de busca constante de conhecimento fidedigno e baseado na melhor evidência científica disponível, o envolvimento em eventos científicos e em processos de investigação contribui para dar visibilidade à enfermagem de saúde familiar e emerge também como um pilar fundamental para a ampliação de competências, a troca de ideias e a promoção da colaboração interdisciplinar, consolidando-se como categórico na trajetória pela procura da excelência académica. Com efeito, no desenrolar do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, houve a participação, enquanto formanda, no “VI Encontro Cuidados de Saúde Primários ULS Matosinhos - Integração de Cuidados no Ciclo de Vida: Desafios e Oportunidades” promovido pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos nos dias 21 e 22 de novembro de 2024, com a duração total de 13 horas (Anexo VIII); no “1º Congresso Internacional de Saúde da Família (ICFH'25)” organizado pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, com a duração total de 15 horas, com a submissão de resumo e apresentação do póster “A influência dos estilos de liderança na motivação dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários” (Anexo IX); e no “VII Encontro Internacional de História da Enfermagem - Guardiões de Higiene: Legado Histórico da Enfermagem Comunitária” promovido pela Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem e pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo nos dias 7 e 8 de março de 2025, com a duração total de nove horas (Anexo X).

Em suma, a progressiva expansão das competências adquiridas ao longo dos estágios resultou na criação de novos e fundamentados *insights* e refinou as habilidades de comunicação, variáveis que concorrem para uma prestação de cuidados caracterizada por ser especializada, dinâmica, flexível e personalizada ao facilitar a resposta dos membros das famílias em situações de transição, promovendo, conseqüentemente, a saúde familiar e a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

## 6. CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu refletir de forma crítica e fundamentada acerca do percurso formativo desenvolvido ao longo do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I” e do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, com foco na avaliação e intervenção em famílias nucleares com idosos portadores de doença crónica, no contexto dos CSP. Este trabalho possibilitou a mobilização e aplicação de conhecimentos teóricos na prática clínica, a consolidação de competências do EEECESF e a valorização do seu papel enquanto agente de mudança, promotor da autonomia e bem-estar das famílias.

Os objetivos definidos na introdução foram globalmente atingidos, destacando-se a implementação de intervenções baseadas no MDAIF, na Teoria das Transições e na abordagem centrada na família. As intervenções clínicas junto das famílias permitiram observar ganhos em saúde e bem-estar, melhoria da comunicação familiar, maior coesão conjugal e reforço da autonomia dos membros na gestão da doença crónica. Em paralelo, a realização de uma formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem da USF e de sessões de mentoria e *coaching* com os membros da equipa tiveram impacto positivo na motivação, no conhecimento e na prática da documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família”.

Apesar do sucesso alcançado, emergiram alguns constrangimentos, nomeadamente o tempo limitado para observar resultados de longo prazo, bem como as dificuldades sentidas na integração plena dos modelos familiares e individuais nos sistemas de informação. Ainda assim, os recursos disponíveis foram eficazmente utilizados, possibilitando obter resultados consistentes e promover reflexões relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados.

O trabalho realizado permite inferir recomendações para a prática, nomeadamente a necessidade de formação contínua em avaliação e intervenção familiar, a integração dos modelos teóricos nos sistemas de registo clínico e a valorização da articulação interdisciplinar no acompanhamento das

famílias com membros idosos portadores de doença crónica. No âmbito da formação académica, destaca-se a importância de estágios clínicos supervisionados e reflexivos como promotores de competências avançadas. Para a investigação, este relatório reforça o potencial da enfermagem de saúde familiar como campo de estudo relevante e atual, sendo desejável o desenvolvimento de mais estudos que avaliem o impacto das intervenções familiares nos indicadores de saúde dos utentes e das comunidades.

Em síntese, este percurso formativo constituiu uma oportunidade de crescimento pessoal, profissional e científico, reafirmando a centralidade da família nos cuidados de enfermagem e a pertinência da atuação do EEECESF na resposta às necessidades emergentes do envelhecimento e das doenças crónicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica*. Quarteto.
- Almeida, F., & Costa, J. (2021). Articulação entre profissionais na saúde familiar: Um estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem Familiar*, 11(2), 45-60.
- Almeida, F., Santos, M., & Oliveira, R. (2020). Estratégias de otimização de recursos nos cuidados de saúde familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem Familiar*, 10(2), 35-47.
- Aviso n.º 6702/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: II Série, n.º 71. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/6702-2021-161291944>
- Azevedo, T. M. L. (2018). *“Os Arquitetos da Família”: Rituais Familiares, Coesão Familiar e Satisfação Conjugal em Casais Portugueses*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/37110>
- Baraças, A. R. C. (2017). *Avaliação da formação segundo o modelo de Kirkpatrick*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/14473>
- Barbosa, B. I. R. M. (2021). *Qualidade de Vida da População Idosa e seus Determinantes: Uma Revisão Narrativa*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/51623>
- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>

- Bastos, F., Vilar, A. I., & Sousa, M. R. (2023). A gestão do regime terapêutico. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 260-269). Lidel.
- Beça, D. C., Pereira, A. L., Azevedo, M., & Antunes, J. P. (2024). Evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal: lições aprendidas e perspetivas futuras. *C*, 40(5), 524-530.  
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i5.14064>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Bertalanffy, L. (2006). *Teoria Geral dos Sistemas: Fundamentos, desenvolvimento e aplicações*. Editora Vozes.
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. (2025). USF.
- Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/sites/default/files/2022-08/processos-de-envelhecimento-em-portugal.pdf>
- Carter B., & McGoldrick M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Artmed Editora.
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Manole.
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 7-17. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382>
- Crespo, C. A. M. (2007). *Rituais familiares e o casal: Paisagens inter-sistémicas*. (Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/42437>

Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023).

Diário da República: I Série, n.º 215.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Decreto-Lei n.º 103/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023).

Diário da República: I Série, n.º 215.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Decreto-Lei n.º 137/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: I

Série, n.º 193. [https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071)

[2013-500071](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071)

Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I

Série, n.º 161. [https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665)

[2007-640665](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665)

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente

de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde &*

*Doenças*, 2(2), 81-100. <http://hdl.handle.net/10400.12/1114>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das*

*Pessoas Idosas*. [https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-](https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf)

[para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf)

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Norma nº 008/2019: Prevenção e*

*Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*.

[https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf)

[e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf)

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 –*

*Saúde Sustentável: de todos para todos*.

[https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030\\_Saude-da-Populacao-](https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf)

[em-Portugal.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf)

Duvall, E. M. (1957). *Family Development*. Lippincott.

Duvall, E. M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and Family Development*. Harper

& Row.

- Feetham, S., Meister, L., Bell, J. M., & Gilliss, C. L. (2019). *The Nursing of Families: Theory/Research/Education/Practice*. SAGE Publications.
- Feldner, C. B., Cussolin, F. D., Martins, L. C. N., Felicidade, P. J., & Camargo, F. C. (2018). La práctica del enfoque familiar en el contexto de la atención primaria: estudio de caso comparado. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 142-152. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.13>
- Ferré-Grau, C. (2023). Entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 403-406). Lidel.
- Ferreira, A., & Costa, C. (2021). Mentoreamento e *coaching* em equipas de saúde: impacto nos cuidados familiares. *Journal of Family Health*, 17(4), 65-80.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2023a). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 383-391). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023b). Pressupostos e etapas da entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 417-421). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023c). Princípios da entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 407-416). Lidel.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023). Rituais terapêuticos. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 443-444). Lidel.

- Figueiredo, M. H., & Fonseca, I. (2023). Conceito de cuidados de enfermagem à família. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 140-143). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Monteiro, M. J. P., & Subtil, C. (2023). A enfermagem de saúde familiar. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 42-64). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 344-346). Lidel.
- Fontinele, S. L., & Duque, E. (2021). A relação entre a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e o perfil sociodemográfico em pessoas idosas. In M. B. Vázquez, *Luces en el camino: Filosofía y Ciencias Sociales en tiempos de desconcierto* (pp. 2445-2466). Dykinson.  
<http://hdl.handle.net/10400.14/32790>
- Governo da República Portuguesa. (2023, Agosto 30). *Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024*.  
<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>
- Graffar, M. (1956). *Une méthode de classification sociale d'échantillons de population*. Courrier.
- Hartman, A. (1995). Diagrammatic Assessment of Family Relationships. *Families in Society*, 76(2), 111-122.  
<https://doi.org/10.1177/104438949507600207>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023, Janeiro 24). *O que nos dizem os Censos sobre estruturas familiares*.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=593065060&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=593065060&DESTAQUESmodo=2)

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024, Junho 18). *Estimativas de População Residente em Portugal 2023*.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=645599330&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=645599330&DESTAQUESmodo=2)
- International Family Nursing Association [IFNA]. (2015). *Declaração de Posição sobre Competências do Enfermeiro Generalista na Prática de Cuidados à Família*. <https://internationalfamilynursing.org/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. F.A. Davis Company. [https://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Joanna-Rowe-Kaakinen-Family-Health-Care-Nursing\\_-Theory-Practice-Research-4th-Edition-2009.pdf](https://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Joanna-Rowe-Kaakinen-Family-Health-Care-Nursing_-Theory-Practice-Research-4th-Edition-2009.pdf)
- Ladeiro, F., Magalhães, A. C., Costa, D., & Vidal-Castro, J. (2019). Medida de adesão terapêutica nos idosos: Um estudo em três unidades de cuidados de saúde personalizados. *Gazeta Médica*, 6(2), 67-73.  
<https://doi.org/10.29315/gm.v6i2.261>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Martins, J., Oliveira, A., & Sousa, T. (2022). Colaboração interdisciplinar nos cuidados de saúde familiar. *Enfermagem Comunitária e Familiar*, 9(3), 41-55.
- Martins, M. M., & Ribeiro, O. (2023). Famílias e envelhecimento. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 200-203). Lidel.
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1993). Family coping with health crises: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health, and illness: Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). Mosby.

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow*. Guilford Press.
- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [MIM@UF]. (2024). USF.
- Moratto, N. S., Zapata, J. J., & Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el período comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología*, 8(2), 103-121.
- Mota, L. A. N., Cruz, M. A. S., & Costa, C. A. O. (2016). Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 71-79. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16056>
- Mota, L. A. N., Pereira, F. M. S., & Sousa, P. A. F. (2014). Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 85-91. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12152>
- Nogueira, C. A. S. T. (2022). *Relatório de Estágio*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/38220>
- Oliveira, J., Costa, P., & Ferreira, L. (2023). O impacto da articulação interprofissional na qualidade dos cuidados familiares. *Cadernos de Saúde Comunitária*, 15(2), 78-92.
- Olson, D., Portner, J., & Bell, R. Q. (1982). FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. In D. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson (Eds.), *Family inventories* (pp. 5-24). University of Minnesota.

- ONU Portugal. (2024). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEES\\_audeFamiliar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEES_audeFamiliar.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfr\\_eabilita%C3%A7%C3%A3o\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfr_eabilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). *Parecer N.º 10/2017*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_10\\_2017\\_MCEEMC\\_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServico\\_Urgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServico_Urgencia.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2023, Março 10). *Tomada de Posição N.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023\\_mceec\\_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2024, Janeiro 30). *Aprovada terceira versão da Ontologia de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/3%C2%AA-vers%C3%A3o-ontologia/>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020, Dezembro 14). *Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030*. [https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc\\_25](https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25)
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2023, Novembro 15). *Cuidados de saúde primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

Peixoto, M. J., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 372-388.

[http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862012000200017&lng=pt&tlng=pt](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200017&lng=pt&tlng=pt).

Pereira, F. M. S. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da

Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/7182>

Pinto, T. G. (2015). *De iniciado a perito um percurso a construir na promoção da parentalidade*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum.

<http://hdl.handle.net/10400.26/16413>

Portaria n.º 1368/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, n.º 201. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, n.º 124.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 184.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024 da Presidência do Conselho de Ministros. (2024). Diário da República: I Série, n.º 9.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/14-2024-836495389>
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023a). Reenquadramento. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 436-437). Lidel.
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023b). Entrevista motivacional. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 459-462). Lidel.
- Ribeiro, M. R. S. M. (2019). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Revista Sinais Vitais*, 129, 29-41.  
<https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV129.pdf>
- Sanca, M. (2024). *Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária de saúde familiar no cuidador informal do idoso com doença crónica*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria). Repositório Científico.  
<http://hdl.handle.net/10400.8/9907>
- Schön, D. A. (1992). Formar professores como profissionais reflexivos. In A. Nóvoa (Ed.), *Os professores e a sua formação* (pp. 78-91). Publicações Dom Quixote.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2023, Janeiro 2). *Lei Orgânica*.  
<https://www.sns.gov.pt/institucional/ministerio-da-saude/lei-organica/>
- Silocchi, C., & Junges, J. R. (2017). Equipes de Atenção Primária: Dificuldades no Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2), 599-615.  
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>

- Silva, M. M., Kraus, T., & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo vital da família. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 152-158). Lidel.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Sousa, M. R. (2014). *Promover o autocuidado, apoiar a adesão e a gestão do regime terapêutico - Programa de intervenção de enfermagem em pessoas com diabetes*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/80091>
- Souza, R. A., Alvarenga, M. R., Amendola, F., Silva, T. M., Yamashita, C. H., & Oliveira, M. A. (2015). Vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2), 218-252. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680209i>
- Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de família. In M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 92-95). Lidel.
- Umbelino, A. B. (2003). Positive Connotation: A Short Story About the Myth. *Journal of Family Psychotherapy*, 14(2), 13-29. [https://doi.org/10.1300/J085v14n02\\_02](https://doi.org/10.1300/J085v14n02_02)
- Unidade de Saúde Familiar [USF]. (2022). *Regulamento Interno*.
- Unidade de Saúde Familiar [USF]. (2024a). *Carta de Compromisso 2024*.
- Unidade de Saúde Familiar [USF]. (2024b). *Plano de Formação 2024*.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience*. Guilford Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2002). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologia e paradoxos da interação*. Editora Cultrix.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine*. The MIT Press.

Williams, L., & Auburn, T. (2016). Accessible polyvocality and paired talk: how family therapists talk positive connotation into being. *Journal of Family Therapy*, 38(4), 535-554. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12096>

World Health Organization [WHO]. (2023). *Global status report on noncommunicable diseases*. WHO Press.

World Health Organization [WHO]. (2024, Outubro 1). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia Para Avaliação e Intervenção na Família*. Editora Roca.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### Prestação de Cuidados às Famílias Azul, Verde e Laranja

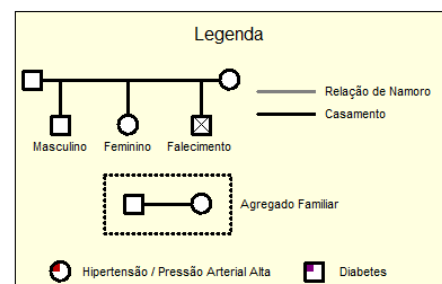
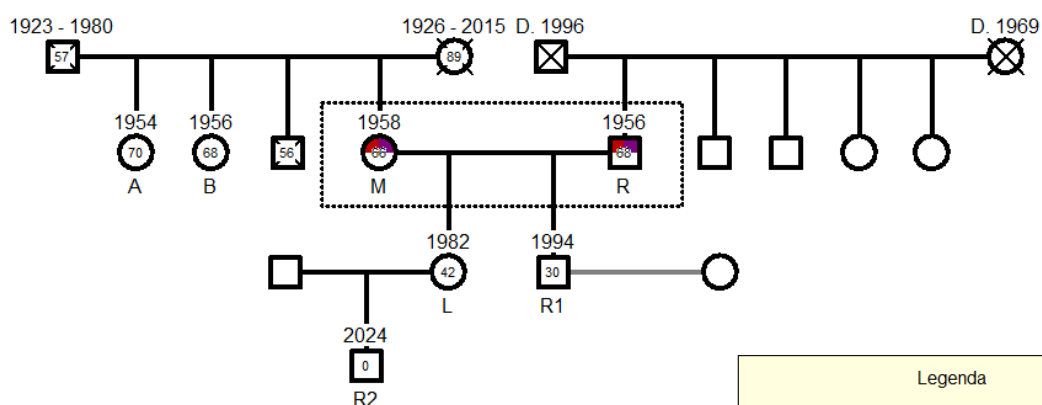
#### Família Azul

A Família Azul é constituída pelo Sr. R de 68 anos e pela D.<sup>a</sup> M de 66 anos, casados há 45 anos. O Sr. R trabalhou como canalizador em empresa própria (6º ano de escolaridade) e a D.<sup>a</sup> M foi costureira numa fábrica (4º ano de escolaridade). Atualmente, ambos os membros do subsistema conjugal estão reformados, no entanto, o Sr. R ainda colabora na empresa de canalização. Os membros do casal são totalmente independentes no autocuidado (100 pontos no Índice de *Barthel*) e, quanto à avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de *Morse*, o resultado da pontuação final discrimina-os como “Sem risco de queda” (Sr. R - 15 pontos e D.<sup>a</sup> M - 15 pontos). O Sr. R e a D.<sup>a</sup> M cumprem o esquema vacinal recomendado pelo PNV, inclusivamente a vacinação sazonal contra a gripe e contra a COVID-19 (adesão à vacinação), e mantêm consultas regulares com a equipa de saúde familiar (comportamento de procura de saúde presente). Foram desenvolvidos com a família dois contactos na USF e um contacto no domicílio, com duração média de 60 minutos. No primeiro contacto, na USF, estiveram presentes os dois elementos do casal e nos restantes contactos apenas esteve presente a D.<sup>a</sup> M.

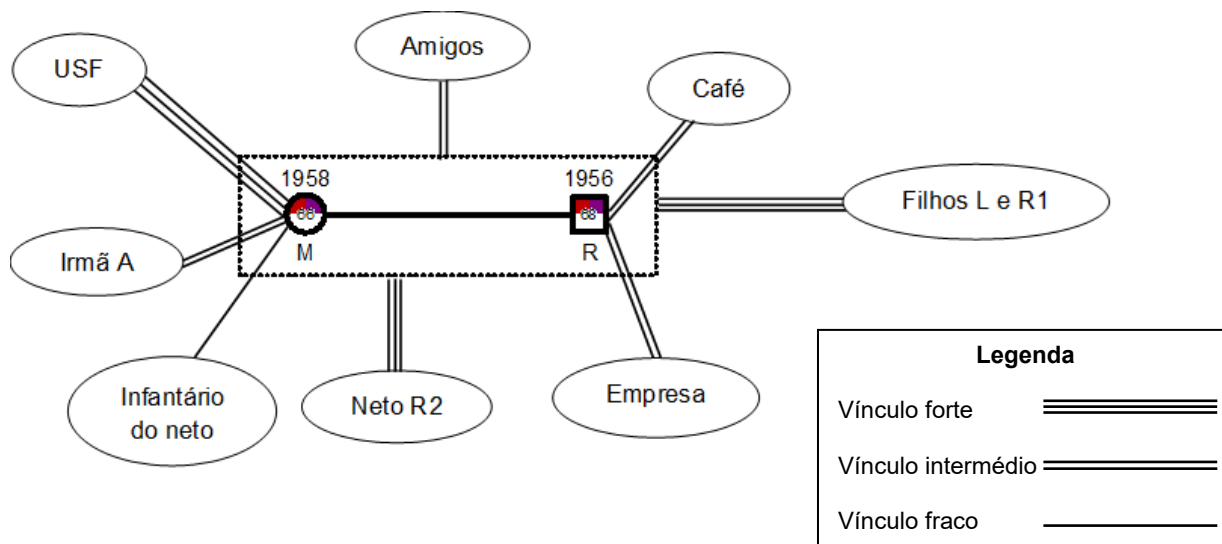
#### AVALIAÇÃO FAMILIAR

##### A – Dimensão Estrutural

##### ➤ Composição Familiar: Genograma da Família Azul



- Tipo de Família: A Família Azul é uma família do tipo nuclear, onde estão presentes o subsistema individual (o Sr. R e a D.<sup>a</sup> M) e o subsistema conjugal.
- Família Extensa: A Família Azul apresenta contacto pessoal e semanal com a irmã A de M (função de companhia social, apoio emocional e regulação social); contacto pessoal e diário com a filha L, genro e neto R2 (função de guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço) e com o filho R1 e namorada (função de guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço); e contacto telefónico quinzenal com a irmã B de M (função de guia cognitivo e conselhos).
- Sistemas Mais Amplos: Ecomapa da Família Azul



- Classe Social: Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) c/5 itens III - Classe Média (profissão: grau quatro; instrução: grau quatro; origem do rendimento familiar: grau quatro; tipo de habitação: grau três; e local de residência: grau dois → pontuação total de 17).

Dimensão Estrutural	Diagnósticos
	Rendimento Familiar Não Insuficiente
	Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado
	Precaução de Segurança Demonstrada
	Abastecimento de Água Adequado

B – Dimensão de Desenvolvimento

Dimensão de Desenvolvimento	Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos
	Satisfação Conjugal Mantida - Relação Dinâmica Não Disfuncional - Comunicação Eficaz

C – Dimensão Funcional

Dimensão Funcional	Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos
	Processo Familiar Não Disfuncional - <i>Coping</i> Familiar Eficaz - Interação de Papéis Eficaz e Não Conflitual

**AValiação Individual – Sr. R**

O Sr. R tem como antecedentes pessoais DM tipo 2 desde 2012 (com retinopatia), HTA desde 2013, dislipidemia desde 2014, síndrome do ombro doloroso com início em 2019, osteoartrose do joelho esquerdo com diagnóstico em 2024 e foi submetido a prostatectomia radical laparoscópica em 2017 por uma neoplasia da próstata. A medicação habitual inclui Ácido acetilsalicílico + Atorvastatina + Ramipril 100 mg + 20 mg + 5 mg 0+0+1, Empagliflozina + Metformina 10 mg + 1000 mg 1+0+1 e Sildenafil 10 mg e Caverject 10 mcg SOS. O Sr. R referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. O questionário da MAT autoperenchido pelo Sr. R obteve uma pontuação de 5,71 (em 6), significando um nível elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 66,5kg; altura – 1,76m; IMC – 21,5kg/m<sup>2</sup> (peso normal); e perímetro abdominal – 95cm (risco de complicações metabólicas aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: TA – 132/82mmHg; frequência cardíaca – 86bpm; HbA1c – 6,9%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; o Sr. R cumpre com a autovigilância dos pés). O Sr. R não fuma e bebe cerca de dois copos de vinho branco (~150mL) ao almoço. A alimentação é composta por três refeições por dia com excesso de ingestão de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado e o Sr. R bebe 1,5L de água por dia (é responsável por ir

buscar os colaboradores da empresa e, por esse motivo, almoça com eles em restaurantes durante os cinco dias úteis da semana). O Sr. R faz caminhadas com a D.<sup>a</sup> M todos os dias após o jantar, mostrando-se ativo e consciencializado sobre o regime de exercício. Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para o Sr. R:

<b>Foco de Atenção</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>
Hipertensão	Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipertensão
	Potencial para melhorar capacidade para vigiar pressão sanguínea
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

As intervenções planeadas para o Sr. R foram: ensinar sobre complicações da hipertensão e instruir/treinar a vigiar a pressão sanguínea; ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia e da pressão sanguínea.

### **AVALIAÇÃO INDIVIDUAL – D.<sup>a</sup> M**

A D.<sup>a</sup> M tem como antecedentes pessoais HTA desde 2008, síndrome vertiginosa com início em 2018, gastropatia desde 2020, DM tipo 2 com diagnóstico em 2024 e foi submetida a abdoinoplastia em 2012. A medicação habitual inclui Beta-histina 24 mg 1+0+1, Lercanidipina 20 mg 1+0+0, Metformina 500 mg 1+0+0, Sinvastatina 20 mg 0+0+1, Lansoprazol 30 mg 1+0+0, Etoricoxib 60 mg SOS e Levocetirizina + Lopicortinolo + Anapen, em caso de alergia. A D.<sup>a</sup> M referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. Importa salientar que a D.<sup>a</sup> M apresenta alergias medicamentosas e alimentares (nomeadamente a Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Ibuprofeno, Tiocolquicosido, batata-doce e Lyril), tendo experienciado um episódio de choque anafilático em 2013. Por este motivo, manifesta sempre algum receio relativamente à toma de nova medicação ou à alteração da terapêutica habitual. O questionário da MAT autopreenchido pela D.<sup>a</sup> M obteve uma pontuação de 5,57 (em 6), significando um nível

elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 77kg; altura – 1,61m; IMC – 29,7kg/m<sup>2</sup> (excesso de peso); e perímetro abdominal – 112cm (risco de complicações metabólicas muito aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: TA – 135/83mmHg; frequência cardíaca – 75bpm; HbA1c – 6,3%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; a D.<sup>a</sup> M cumpre com a autovigilância dos pés). A D.<sup>a</sup> M não fuma nem bebe álcool. A alimentação é composta por quatro refeições por dia com excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado e ingestão de alimentos específicos desaconselhados (alguns alimentos fritos) e a D.<sup>a</sup> M bebe 1,5-2L de água por dia. A D.<sup>a</sup> M faz caminhadas com a irmã duas/três vezes por semana antes do pequeno-almoço e com o Sr. R todos os dias após o jantar, mostrando-se ativa e consciencializada sobre o regime de exercício. Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para a D.<sup>a</sup> M:

<b>Foco de Atenção</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>
Hipertensão	Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipertensão
	Potencial para melhorar capacidade para vigiar pressão sanguínea
Autogestão do regime medicamentoso	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

As intervenções planeadas para a D.<sup>a</sup> M foram: ensinar sobre complicações da hipertensão e instruir/treinar a vigiar a pressão sanguínea; ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia, analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea, analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea e assistir

cliente a analisar o significado dificultador; contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia e da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal.

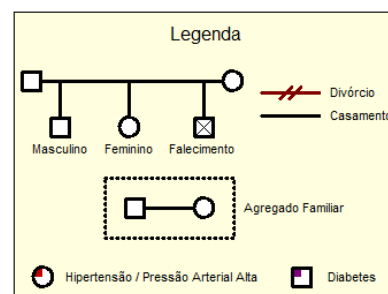
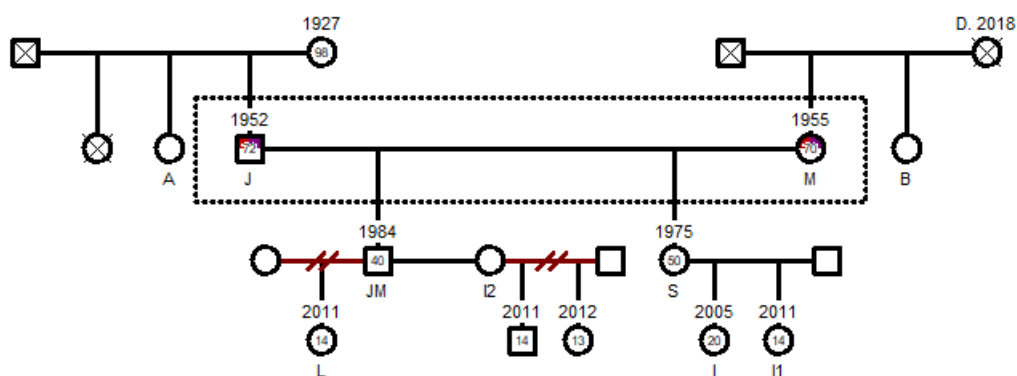
### Família Verde

A Família Verde é constituída pelo Sr. J de 72 anos e pela D.<sup>a</sup> M de 70 anos, casados há 50 anos. O Sr. J trabalhou como canalizador (4<sup>o</sup> ano de escolaridade) e a D.<sup>a</sup> M foi controladora de qualidade numa fábrica (4<sup>o</sup> ano de escolaridade). Atualmente, ambos os membros do subsistema conjugal estão reformados. Os membros do casal são totalmente independentes no autocuidado (100 pontos no Índice de *Barthel*) e, quanto à avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de *Morse*, o resultado da pontuação final discrimina-os como “Sem risco de queda” (Sr. J - 0 pontos e D.<sup>a</sup> M - 0 pontos). O Sr. J e a D.<sup>a</sup> M cumprem o esquema vacinal recomendado pelo PNV, inclusivamente a vacinação sazonal contra a gripe e contra a COVID-19 (adesão à vacinação), e mantêm consultas regulares com a equipa de saúde familiar (comportamento de procura de saúde presente). Foram desenvolvidos com a família dois contactos na USF e um contacto no domicílio, com duração média de 60 minutos. Em todos os contactos, estiveram presentes os dois elementos do casal.

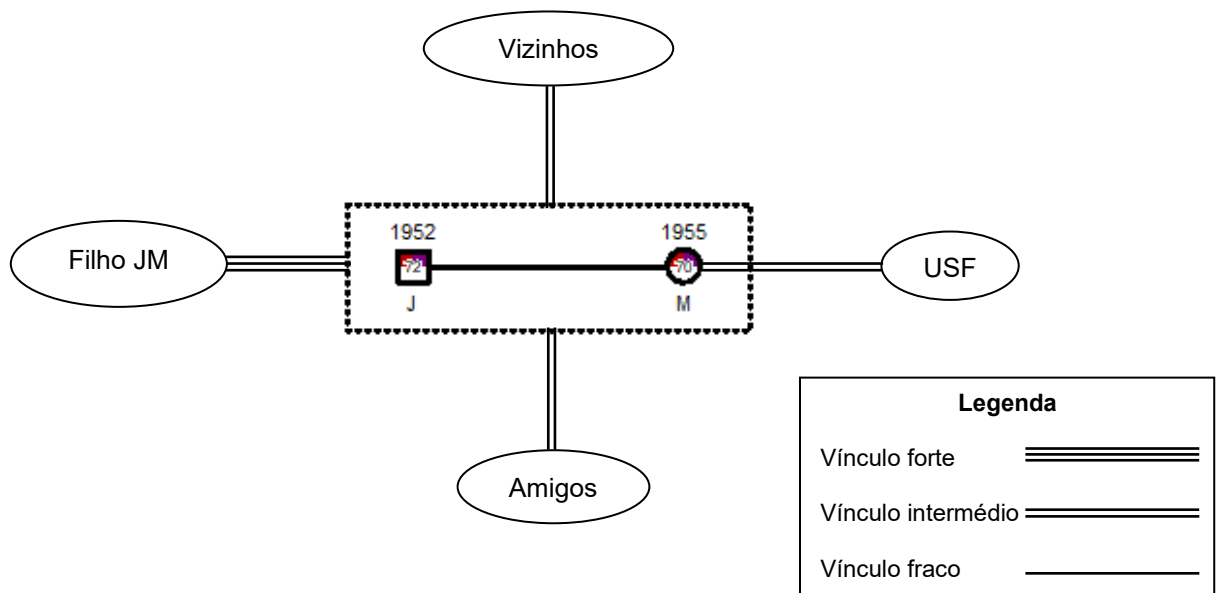
### AVALIAÇÃO FAMILIAR

#### A – Dimensão Estrutural

- Composição Familiar: Genograma da Família Verde



- Tipo de Família: A Família Verde é uma família do tipo nuclear, onde estão presentes o subsistema individual (o Sr. J e a D.<sup>a</sup> M) e o subsistema conjugal.
- Família Extensa: A Família Verde apresenta contacto pessoal e semanal com o filho JM e I2 e a filha S, genro e netas I e I1 (função de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos e ajuda material e de serviço); contacto pessoal e mensal com os filhos de I2 (função de companhia social e regulação social); e contacto telefónico semanal com a neta L que está no sul do país (função de companhia social).
- Sistemas Mais Amplos: Ecomapa da Família Verde



- Classe Social: Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) c/5 itens III - Classe Média (profissão: grau três; instrução: grau quatro; origem do rendimento familiar: grau quatro; tipo de habitação: grau dois; e local de residência: grau dois → pontuação total de 15).

Dimensão Estrutural	Diagnósticos
	Rendimento Familiar Não Insuficiente
	Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado
	Precaução de Segurança Demonstrada
	Abastecimento de Água Adequado
	Animal Doméstico Não Negligenciado

B – Dimensão de Desenvolvimento

Dimensão de Desenvolvimento	Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos
	Satisfação Conjugal Mantida - Relação Dinâmica Não Disfuncional - Comunicação Eficaz

C – Dimensão Funcional

Dimensão Funcional	Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos
	Processo Familiar Não Disfuncional - <i>Coping</i> Familiar Eficaz - Interação de Papéis Eficaz e Não Conflitual

**AVALIAÇÃO INDIVIDUAL – Sr. J**

O Sr. J tem como antecedentes pessoais hipertrofia benigna da próstata com diagnóstico em 2017, DM tipo 2 desde 2018, HTA desde 2022, dislipidemia desde 2023 e foi submetido a apendicectomia e colecistectomia em 2014. A medicação habitual inclui Atorvastatina 10 mg 0+0+1, Metformina 500 mg 0+1+0, Perindopril 4 mg 1+0+0 e Tansulosina 0.4 mg 0+0+1. O Sr. J referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. O questionário da MAT autopreenchido pelo Sr. J obteve uma pontuação de 5,71 (em 6), significando um nível elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 105,8kg; altura – 1,77m; IMC – 33,8kg/m<sup>2</sup> (obesidade); e perímetro abdominal – 122cm (risco de complicações metabólicas muito aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: TA – 124/81mmHg; frequência cardíaca – 80bpm; HbA1c – 6,5%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; o Sr. J cumpre com a autovigilância dos pés). O Sr. J não fuma e bebe cerca de dois copos de vinho maduro (~250mL) por dia. A alimentação é composta por três refeições por dia com excesso de ingestão de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado e o Sr. J bebe 1L de água por dia (“Acordo tarde e acabo por fazer só três refeições por dia. Não tenho muito apetite de manhã e, quando dou por mim, já é hora de almoçar. Também gosto de comida com sabor e, por vezes, abuso

um pouco no sal e nos fritos.”). O Sr. J faz caminhadas todos os dias após o almoço, mostrando-se ativo e consciencializado sobre o regime de exercício. Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para o Sr. J:

Foco de Atenção	Diagnósticos de Enfermagem
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

As intervenções planeadas para o Sr. J foram: ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia e da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal.

#### **AVALIAÇÃO INDIVIDUAL – D.<sup>a</sup> M**

A D.<sup>a</sup> M tem como antecedentes pessoais HTA e dislipidemia desde 2011, perturbação do sono com início em 2012, DM tipo 2 com diagnóstico em 2024 e foi submetida a colecistectomia em 2016. A medicação habitual inclui Zolpidem 10 mg 0+0+1, Irbesartan + Hidroclorotiazida 150 mg + 12.5 mg 1+0+0, Amlodipina 5mg 1+0+0, Gabapentina 600mg 1+0+1, Stagid 700mg 1+1+0 e Escitalopram 10 mg 1+0+0. A D.<sup>a</sup> M referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. O questionário da MAT autopreenchido pela D.<sup>a</sup> M obteve uma pontuação de 5,71 (em 6), significando um nível elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 89kg; altura – 1,70m; IMC – 30,8kg/m<sup>2</sup> (obesidade); e perímetro abdominal – 111cm (risco de complicações metabólicas muito aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: TA – 147/72mmHg; frequência cardíaca – 77bpm; HbA1c – 6,5%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; a D.<sup>a</sup> M cumpre com a

autovigilância dos pés). A D.<sup>a</sup> M não fuma nem bebe álcool. A alimentação é composta por três refeições por dia com excesso de ingestão de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado e a D.<sup>a</sup> M bebe 1,5L de água por dia. A D.<sup>a</sup> M não tem o hábito de praticar exercício, mostrando-se desmotivada para começar a fazer algum tipo de atividade física. Apresenta uma baixa higiene do sono, apesar de estar instituída medicação há alguns anos (a D.<sup>a</sup> M vê televisão até às 2-3h da manhã). Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para a D.<sup>a</sup> M:

<b>Foco de Atenção</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>
Sono	Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal
Autogestão do regime de exercício	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

As intervenções planeadas para a D.<sup>a</sup> M foram: ensinar sobre padrão de sono, ensinar sobre complicações do sono comprometido e ensinar sobre estratégias de promoção do sono; ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia e da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal; ensinar sobre autogestão do regime de exercício, ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização entre atividade física e o peso corporal.

### **Família Laranja**

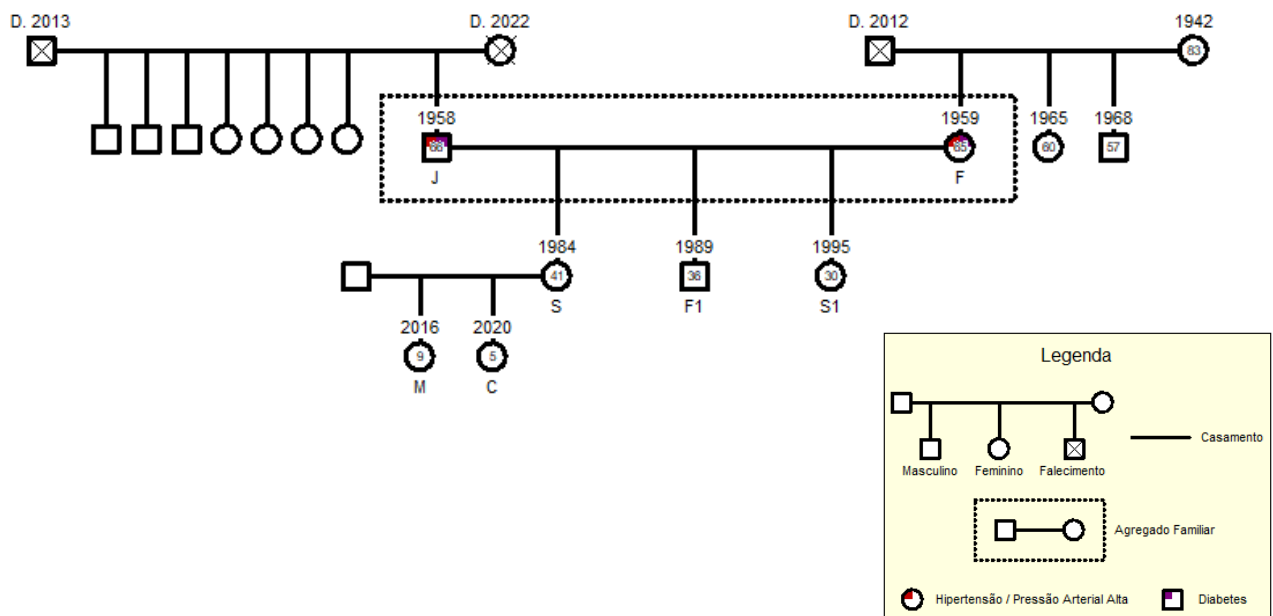
A Família Laranja é constituída pelo Sr. J de 66 anos e pela D.<sup>a</sup> F de 65 anos, casados há 42 anos. O Sr. J trabalhou como serralheiro (6º ano de escolaridade) e a D.<sup>a</sup> F foi

sempre doméstica (4º ano de escolaridade). Atualmente, ambos os membros do subsistema conjugal estão reformados. Os membros do casal são totalmente independentes no autocuidado (100 pontos no Índice de *Barthel*) e, quanto à avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de *Morse*, o resultado da pontuação final discrimina-os como “Sem risco de queda” (Sr. J - 0 pontos e D.ª F - 0 pontos). O Sr. J e a D.ª F cumprem o esquema vacinal recomendado pelo PNV, inclusivamente a vacinação sazonal contra a gripe e contra a COVID-19 (adesão à vacinação), e mantêm consultas regulares com a equipa de saúde familiar (comportamento de procura de saúde presente). Foram desenvolvidos com a família um contacto na USF e um contacto no domicílio, com duração média de 50 minutos. Em todos os contactos, estiveram presentes os dois elementos do casal.

## AVALIAÇÃO FAMILIAR

### A – Dimensão Estrutural

- Composição Familiar: Genograma da Família Laranja



- Tipo de Família: A Família Laranja é uma família do tipo nuclear, onde estão presentes o subsistema individual (o Sr. J e a D.ª F) e o subsistema conjugal.
- Família Extensa: A Família Laranja apresenta contacto pessoal e semanal com a filha S, genro e netas M e C (função de companhia social, apoio emocional e regulação social); contacto pessoal e diário com os filhos F1 e S1 (função de

guia cognitivo e conselhos e ajuda material e de serviço); e contacto telefónico semanal com os irmãos de F (função de apoio emocional).

- Classe Social: Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) c/5 itens III - Classe Média (profissão: grau quatro; instrução: grau quatro; origem do rendimento familiar: grau quatro; tipo de habitação: grau três; e local de residência: grau dois → pontuação total de 17).

Dimensão Estrutural	Diagnósticos
	Rendimento Familiar Não Insuficiente
	Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado
	Precaução de Segurança Demonstrada
	Abastecimento de Água Adequado
	Animal Doméstico Não Negligenciado

B – Dimensão de Desenvolvimento

Dimensão de Desenvolvimento	Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos
	Satisfação Conjugal Mantida - Relação Dinâmica Não Disfuncional - Comunicação Eficaz

C – Dimensão Funcional

Dimensão Funcional	Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos
	Processo Familiar Não Disfuncional - <i>Coping</i> Familiar Eficaz - Interação de Papéis Eficaz e Não Conflitual

**AVALIAÇÃO INDIVIDUAL – Sr. J**

O Sr. J tem como antecedentes pessoais DM tipo 2 desde 2009, hipertrofia benigna da próstata com diagnóstico em 2010, HTA desde 2019 e dislipidemia desde 2023. A medicação habitual inclui Lisinopril 20 mg 1/2+0+0, Ácido acetilsalicílico 150 mg 0+0+1, Metformina + Sitagliptina 1000 mg + 50 mg 1+0+1, Dapagliflozina 10 mg 0+1+0, Metformina 700mg 0+1+0, Atorvastatina 10mg 0+0+1 e Insulina Glargina 100 U/ml [Semglee] 24U+0+0. O Sr. J referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo

capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. Iniciou a administração de insulina há três anos e realiza a autovigilância da glicemia capilar em jejum uma vez por dia. O questionário da MAT autopreenchido pelo Sr. J obteve uma pontuação de 5,71 (em 6), significando um nível elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 77kg; altura – 1,56m; IMC – 31,6kg/m<sup>2</sup> (obesidade); e perímetro abdominal – 98cm (risco de complicações metabólicas aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: TA – 134/86mmHg; frequência cardíaca – 75bpm; HbA1c – 7,8%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; o Sr. J cumpre com a autovigilância dos pés). O Sr. J não fuma nem bebe álcool. A alimentação é composta por quatro refeições por dia com déficit de ingestão de vegetais/fruta e excesso de ingestão de gorduras e hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado e o Sr. J bebe 1,5L de água por dia. O Sr. J faz caminhadas com um amigo todos os dias após o jantar, mostrando-se ativo e consciencializado sobre o regime de exercício. Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para o Sr. J:

Foco de Atenção	Diagnósticos de Enfermagem
Hipertensão	Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipertensão
	Potencial para melhorar capacidade para vigiar pressão sanguínea
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

As intervenções planeadas para o Sr. J foram: ensinar sobre complicações da hipertensão e instruir/treinar a vigiar a pressão sanguínea; ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia e da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal.

### AVALIAÇÃO INDIVIDUAL – D.<sup>a</sup> F

A D.<sup>a</sup> F tem como antecedentes pessoais HTA desde 2010, dislipidemia desde 2015, perturbação do sono com início em 2017 e DM tipo 2 com diagnóstico em 2020. A medicação habitual inclui Losartan + Hidroclorotiazida 50 mg + 12.5 mg 1+0+0, Atorvastatina 20 mg 0+0+1, Bisoprolol 5 mg 1+0+0, Beta-histina 24mg 0+0+1, Bydureon 1x/semana e Ovestin 2x/semana. A D.<sup>a</sup> F referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado, sendo capaz de organizar a medicação conforme horário, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada e armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. O questionário da MAT autopreenchido pela D.<sup>a</sup> F obteve uma pontuação de 5,71 (em 6), significando um nível elevado de adesão ao regime medicamentoso. Na primeira consulta na USF, foi executada a avaliação dos dados antropométricos (desenvolvimento do adulto): peso – 86kg; altura – 1,55m; IMC – 35,7kg/m<sup>2</sup> (obesidade); e perímetro abdominal – 119cm (risco de complicações metabólicas muito aumentado) e a avaliação dos dados relativos aos diagnósticos de HTA e DM tipo 2: TA – 133/75mmHg; frequência cardíaca – 68bpm; HbA1c – 6,2%; baixo risco de úlcera do pé diabético (exame clínico dos pés sem evidência de lesões; a D.<sup>a</sup> F cumpre com a autovigilância dos pés). A D.<sup>a</sup> F não fuma nem bebe álcool. A alimentação é composta por cinco refeições por dia com excesso de ingestão de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado e a D.<sup>a</sup> F bebe 1,5L de água por dia. A D.<sup>a</sup> F não tem o hábito de praticar exercício, mostrando-se desmotivada para começar a fazer algum tipo de atividade física. Assim, foram formulados os diagnósticos de enfermagem para a D.<sup>a</sup> F:

Foco de Atenção	Diagnósticos de Enfermagem
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal
Autogestão do regime de exercício	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício
	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea
	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

As intervenções planejadas para a D.<sup>a</sup> F foram: ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre a dieta e o controle da glicemia e da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal; ensinar sobre autogestão do regime de exercício, ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização entre exercício físico e controle da pressão sanguínea e contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização entre atividade física e o peso corporal.

## ANEXO II

### Instrumento de Auditoria aos Registos dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do Programa “Saúde da Família”

Para a realização da auditoria à documentação dos cuidados no SClínico-CSP® foram selecionados aleatoriamente dezasseis processos clínicos individuais (dois de cada enfermeiro da USF). Os registos alvo de verificação referem-se aos registos efetuados nos processos clínicos familiares aos quais pertence o indivíduo e aos registos nos processos clínicos individuais.

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

Equipa: Bárbara Fonseca e Carina Coelho

Instrumento de Auditoria aos Registos dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do Programa “Saúde da Família”				
Parâmetros Gerais de Registo				
Critério	Cumpre	Não Cumpre	Não Aplicável	Observações
1. Apresenta registos no “Processo Familiar”				
2. Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico familiar				
3. Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico individual				
4. Apresenta registos de, pelos menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Estrutural do MDAIF				
5. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF				
6. Apresenta registos sobre “Tipo de Família”				
7. Apresenta registos sobre “Classe Social”				
8. Apresenta registos sobre “Suporte”				
9. Apresenta registos da área “Abastecimento de água”				
10. Apresenta registos da área “Habitação”				
11. Apresenta registos da área “Rendimentos”				
12. Apresenta registos da área “Precaução de Segurança”				
13. Apresenta registos da área “Animal Doméstico”				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF				
14. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento do MDAIF				
15. Apresenta registos sobre “Ciclo de Duvall”				
16. Apresenta registos da área “Satisfação Conjugal”				

17. Apresenta registos da área “Planeamento Familiar”				
18. Apresenta registos da área “Adaptação à Gravidez”				
19. Apresenta registos da área “Papel Parental”				
<b>Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Funcional do MDAIF</b>				
20. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão funcional do MDAIF				
21. Apresenta registos sobre “Crenças”				
22. Apresenta registos da área “Papel de Prestador de Cuidados”				
23. Apresenta registos da área “Processo Familiar”				

## **ANEXO III**

### **Questionário de Diagnóstico das Necessidades Formativas da Equipa de Enfermagem da USF**

O nosso nome é Bárbara Fonseca e Carina Coelho e frequentamos o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O questionário foi concebido na sequência do “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II” e objetiva identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem da USF relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem no programa “Saúde da Família” com a utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Este questionário subdivide-se em duas partes, na primeira parte (I) recolhem-se dados para a caracterização socioprofissional e na segunda parte (II) são realizadas algumas questões para conhecer as necessidades/dificuldades na documentação no programa “Saúde da Família” do SCÍnico-CSP®.

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

É garantida a confidencialidade e o anonimato das suas respostas, sendo que os dados recolhidos se destinam exclusivamente à adequação dos conteúdos da formação às necessidades identificadas.

Obrigada pela sua colaboração.

### Parte I – Caracterização socioprofissional

1. Idade (em anos) \_\_\_\_\_
2. Sexo
  - Masculino
  - Feminino
3. Habilitações Académicas (indique o grau mais elevado que possui)
  - Licenciatura
  - Mestrado (se sim, especifique \_\_\_\_\_)
  - Doutoramento (se sim, especifique \_\_\_\_\_)
  - a. Formação Pós-Graduada
    - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (se sim, especifique \_\_\_\_\_)
    - Pós-Graduação (se sim, especifique \_\_\_\_\_)
    - Outras \_\_\_\_\_
4. Há quanto tempo exerce funções como enfermeira/o de família/atividade nos Cuidados de Saúde Primários? (em anos)  
\_\_\_\_\_

### Parte II – Avaliação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no programa “Saúde da Família”

1. A USF tem recursos para que consiga efetuar registos de enfermagem no programa “Saúde da Família”?
  - Sim
  - Não
  - a. Se respondeu “Não” à questão anterior, identifique os recursos que considera estarem em falta (pode optar por mais que uma resposta).
    - Recursos humanos
    - Recursos materiais

- Recursos de logística
- Recursos organizacionais
- Outros \_\_\_\_\_

**2. Considera importante realizar a documentação no programa “Saúde da Família”?**

Sim

Porquê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Não

Porquê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Costuma fazer documentação no programa “Saúde da Família”?**

Sim

Não

**a. Se respondeu “Não” à questão anterior, qual o motivo?**

Falta de tempo

Não é importante

Não sei como fazer

Não considero prioritário

Outro \_\_\_\_\_

**b. Se respondeu “Sim” à questão anterior, assinale onde o faz:**

Programa de Saúde da Família associado ao Processo Individual do membro da família

Programa de Saúde da Família associado ao Processo Familiar

Notas associadas ao Processo Individual do membro da família

Notas associadas ao Processo Familiar

4. Conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?

Sim

Não

5. Já teve formação sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?

Sim

Não

a. Se respondeu "Sim" à questão anterior, em que contexto a realizou?

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Unidades Curriculares Isoladas

Curso de Pós-Graduação

Eventos científicos (ex.: *workshop*)

Formação em serviço

Outros (Mestrado, Doutoramento, ...)

6. Conhece as dimensões de avaliação que integram o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?

Sim

Não

a. Se respondeu "Sim" à questão anterior, enumere quais são:

---

7. Relativamente à avaliação familiar, na dimensão estrutural são avaliadas as seguintes áreas de atenção (selecione as **corretas**):

Rendimento familiar

Edifício residencial

Animal doméstico

Processo familiar

Papel parental

Todas as anteriores

8. O que entende por genograma? Assinale a resposta **errada**.

- Uma representação gráfica de uma árvore genealógica que mostra as relações familiares e as informações sobre as características e eventos importantes na vida das pessoas, como casamentos, divórcios, nascimentos e mortes.
- É uma ferramenta comumente usada para ajudar a entender os padrões familiares, as dinâmicas e os traços hereditários.
- O genograma pode ser uma ferramenta útil para ajudar na compreensão das dinâmicas familiares, analisar padrões de comportamento, investigar a transmissão de traços hereditários, identificar possíveis riscos de saúde e auxiliar no processo terapêutico.
- Cada genograma não é único e personalizado para cada família, não conseguindo proporcionar uma visão mais clara das suas características e histórias
- Todas as anteriores

9. No foco Edifício residencial, a atividade diagnóstica é conduzida para diferentes dados avaliativos. Selecione a opção **errada**.

- Barreiras arquitetônicas
- Aquecimento
- Abastecimento de gás
- Higiene da habitação
- Animal doméstico
- Todas as anteriores

10. Na dimensão de desenvolvimento, quais são as áreas de atenção avaliadas? Selecione a opção **correta**.

- Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez, Papel Parental
- Papel de Prestador de Cuidados e Processo Familiar
- Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Animal Doméstico
- Papel Parental, Adaptação à Gravidez e Processo Familiar
- Nenhuma das anteriores

11. Sente-se motivado/a, caso ainda não o faça, para começar a documentar no programa “Saúde da Família”?

Sim

Não

a. Se respondeu “Não” à questão anterior, quais as razões?

---

---

12. Acredita que a sua participação nos registos do programa “Saúde da Família” pode favorecer a monitorização dos fenómenos de enfermagem e contribuir de forma relevante para a qualidade dos cuidados prestados enquanto “Enfermeiro de Família”?

Sim

Não

13. Na sua opinião, qual seria a melhor estratégia para melhorar o conhecimento da equipa acerca deste tema? (pode optar por mais que uma resposta)

Formação em equipa

Sessões individuais de mentoria

Simulações

*E-learning*

Outra \_\_\_\_\_

## ANEXO IV

### Planeamento da Formação em Serviço

**Título:** Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”

**Objetivo Geral:** Contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências na documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP® na avaliação e intervenção familiar referentes às dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional

**Objetivos Específicos:**

- Gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção;
- Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais;
- Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar;
- Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção;
- Contribuir para a utilização das tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

**Atividades:**

- Realização de ação de formação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP® com recurso à matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (avaliação familiar da dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional).

- Sessões de *coaching* individual com cada elemento da equipa de enfermagem da USF (acompanhar ativamente a documentação dos cuidados aquando das consultas às famílias)

**População-alvo:** Equipa de enfermagem da USF

Etapas	Objetivos	Estratégias	Quando
<p><b>Etapa 1</b> Diagnóstico da situação</p>	<p>Avaliar a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”</p> <p>Identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem da USF sobre a documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP®</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de um instrumento de auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”;</li> <li>- Aplicação de um instrumento de auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”;</li> <li>- Elaboração de um questionário de diagnóstico da situação;</li> <li>- Aplicação do questionário de diagnóstico da situação;</li> <li>- Análise dos dados.</li> </ul>	<p>01/11/2024 a 25/11/2024</p>
<p><b>Etapa 2</b> Planeamento da formação em serviço</p>	<p>Planear a ação de formação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização do plano de sessão;</li> <li>- Realização da apresentação;</li> <li>- Elaboração da folha de participantes;</li> <li>- Realização do questionário de avaliação da ação de formação.</li> </ul>	<p>22/11/2024 a 03/12/2024</p>
<p><b>Etapa 3</b> Implementação da formação em serviço</p>	<p>Capacitar a equipa de enfermagem da USF com conhecimentos e competências para efetuar a documentação da avaliação familiar (dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional) no âmbito do programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP®</p> <p>Garantir apoio e esclarecimento de dúvidas no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição dos conteúdos (métodos expositivo, ativo/participativo e interrogativo);</li> <li>- Aplicação do questionário de avaliação da ação de formação;</li> <li>- <i>Coaching</i> individual (acompanhar ativamente cada elemento da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados aquando das consultas às famílias).</li> </ul>	<p>06/12/2024 a 19/12/2024</p>
<p><b>Etapa 4</b> Avaliação dos resultados</p>	<p>Conhecer a apreciação global dos participantes sobre os conteúdos formativos, o desempenho dos formadores, a organização da ação e sugestões de melhoria</p> <p>Identificar os conhecimentos adquiridos após a ação de formação</p> <p>Identificar as competências adquiridas através da documentação elaborada pela equipa de enfermagem da USF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação do mesmo questionário de diagnóstico da situação inicial para avaliação de conhecimentos;</li> <li>- Aplicação do mesmo instrumento de auditoria aos registos seis semanas após a ação de formação;</li> <li>- Análise dos dados.</li> </ul>	<p>06/01/2025 a 22/01/2025</p>

**ANEXO V**

**Plano de Sessão + Apresentação PowerPoint (PPT) da Formação em Serviço**

PLANO DE SESSÃO						
<b>Título</b>	Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”					
<b>Data</b>	06/12/2024	<b>Hora</b>	Início: 14h30	Fim: 15h30	<b>Local</b>	USF
<b>População-alvo</b>	Equipa de Enfermagem da USF					
<b>Formadoras</b>	Bárbara Fonseca e Carina Coelho					
<b>Objetivos Gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem da USF sobre a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e a matriz operativa do MDAIF;</li> <li>- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem da USF sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP®;</li> <li>- Promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito da documentação da prestação de cuidados de enfermagem à família.</li> </ul>					
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicitar os conceitos de Família, Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e Enfermeiro de Família;</li> <li>- Explicar a matriz operativa do MDAIF;</li> <li>- Demonstrar a forma como se realiza a documentação dos cuidados de enfermagem à família no SClínico-CSP®;</li> <li>- Motivar para a mobilização na prática clínica dos conhecimentos adquiridos na formação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”;</li> <li>- Identificar a relação entre a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família e a melhoria do desempenho global da USF.</li> </ul>					

Momento	Objetivos Específicos	Conteúdos	Estratégias		Método	Tempo
			Atividades	Recursos		
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expor o tema e os objetivos da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação das formadoras e dos formandos;</li> <li>- Apresentação do tema e motivação dos participantes;</li> <li>- Apresentação dos objetivos da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição oral pelas formadoras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Projetor multimédia</li> <li>- Apresentação PPT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo (exposição oral com recurso à apresentação PPT)</li> </ul>	5 min
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a família enquanto unidade de cuidados e o papel da ESF;</li> <li>- Identificar as dimensões da matriz operativa do MDAIF;</li> <li>- Documentar a avaliação das famílias no programa “Saúde da Família”;</li> <li>- Melhorar a perceção sobre a importância da documentação da avaliação da família no programa “Saúde da Família”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceitos de Família, Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e Enfermeiro de Família;</li> <li>- Matriz operativa do MDAIF;</li> <li>- Documentação da avaliação familiar (dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional) no âmbito do programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP®;</li> <li>- Apresentação dos resultados da auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família” pré-formação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição oral pelas formadoras;</li> <li>- Debate e análise de um estudo de caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Projetor multimédia</li> <li>- Apresentação PPT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo (exposição oral com recurso à apresentação PPT)</li> <li>- Interrogativo</li> <li>- Ativo/Participativo</li> </ul>	40 min
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistematizar a sessão;</li> <li>- Avaliar a perceção dos participantes sobre a ação de formação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese dos conteúdos;</li> <li>- Abordar com os participantes os critérios para documentar a avaliação de uma família e o período de execução;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Aplicação do questionário de avaliação da ação de formação;</li> <li>- Encerramento da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição oral pelas formadoras;</li> <li>- Esclarecer as dúvidas;</li> <li>- Definir objetivos com os participantes para formalizar a documentação de uma família da sua lista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Projetor multimédia</li> <li>- Apresentação PPT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo (exposição oral)</li> <li>- Ativo/Participativo</li> </ul>	15 min

**eSEP**  
ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

**Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"**

DEZEMBRO 2024

Mestrando do 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem  
Comunidade na área de Enfermagem de Saúde Familiar

AUTORAS:  
CARINA COELHO  
BÁRBARA FONSECA

1

**ÍNDICE**

1 - OBJETIVOS      2 - ENQUADRAMENTO

3 - PROGRAMA "SAÚDE DA FAMÍLIA"      4 - CONCLUSÃO

5 - BIBLIOGRAFIA

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COELHO BÁRBARA FONSECA

2

**OBJETIVOS**

**GERAIS**

- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem da USF sobre a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e a matriz operativa do MDAIF;
- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem da USF sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família" do SClínico-CSP;
- Promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito da documentação da prestação de cuidados de enfermagem à família.

**ESPECÍFICOS**

- Explicitar os conceitos de Família, Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e Enfermeiro de Família;
- Explicar a matriz operativa do MDAIF;
- Demonstrar a forma como se realiza a documentação dos cuidados de enfermagem à família no SClínico-CSP;
- Motivar para a transferibilidade para a prática clínica dos conhecimentos adquiridos na formação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família";
- Identificar a relação entre a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família e a melhoria do desempenho global da USF.

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COELHO BÁRBARA FONSECA

3

**A Família**

Formada por indivíduos que se unem em virtude de relações afetivas, manifestando relações intrínsecas, mutáveis e imprevisíveis ligadas ao contexto (Figueiredo, 2012).

É percebida como uma unidade dinâmica com a capacidade intrínseca de autodeterminação e auto-organização ao longo de seu desenvolvimento, contribuindo significativamente para a construção de sua própria identidade (Figueiredo, 2012).

Para promover estratégias de saúde eficazes, é essencial considerar tanto as necessidades individuais de cada membro quanto a funcionalidade da família como um todo (Figueiredo, 2012).

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COELHO BÁRBARA FONSECA

4

**A Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro de Família**

A consulta de enfermagem de Saúde Familiar, permite a avaliação e intervenção à família com objetivo de identificar as forças e os recursos disponíveis de forma a facilitar a ou construção de soluções para as necessidades identificadas (Figueiredo, 2012; Pereira et al., 2005).

O Enfermeiro de Família desenvolve uma relação terapêutica, dinâmica, recursiva e de reciprocidade na prestação de cuidados, promovendo a capacitação dos elementos da família na elaboração de estratégias para a mobilização das forças e dos recursos internos e externos (Figueiredo, 2012; Wright & Leahy, 2005).

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COELHO BÁRBARA FONSECA

5

**MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR - MDAIF**

É uma abordagem centrada na família que visa estruturar e orientar a prática dos enfermeiros em cuidados de saúde primários. Este modelo organiza as intervenções em torno de dimensões operativas — estrutura, desenvolvimento e funcionalidade familiar —, permitindo uma avaliação sistemática e intervenções direcionadas às necessidades específicas de cada família.

Promove ganhos em saúde ao fortalecer a resiliência familiar, melhorar a capacidade de gestão de crises e apoiar o alcance de objetivos de saúde.

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COELHO BÁRBARA FONSECA

6

**MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR - MDAIF**

Ao integrar ferramentas de documentação padronizadas, como o SClínico, o MDAIF garante não só a monitorização dos resultados obtidos, mas também o alinhamento com práticas éticas e legais da enfermagem, valorizando a gestão integrada da saúde familiar (Figueiredo et al., 2017).

Otimiza o papel do enfermeiro de família, promovendo uma visão holística e sistémica das intervenções.

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COELHO BÁRBARA FONSECA

7

**MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR - MDAIF**

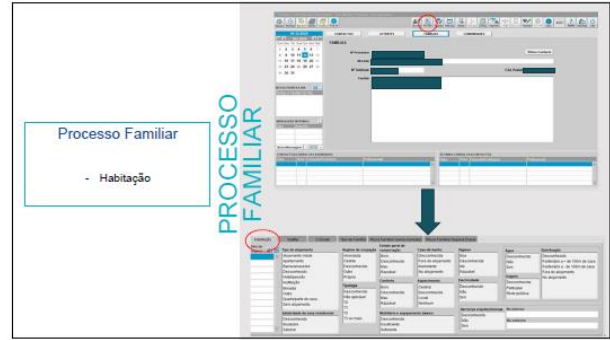
DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COELHO BÁRBARA FONSECA

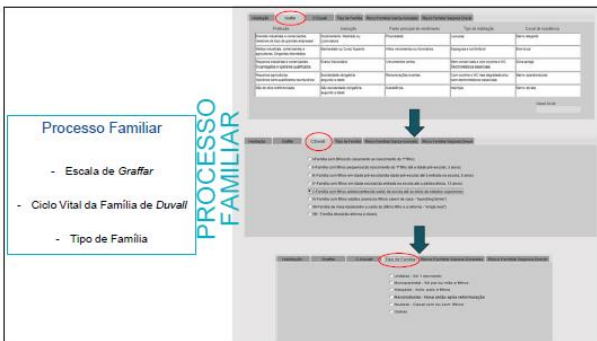
8



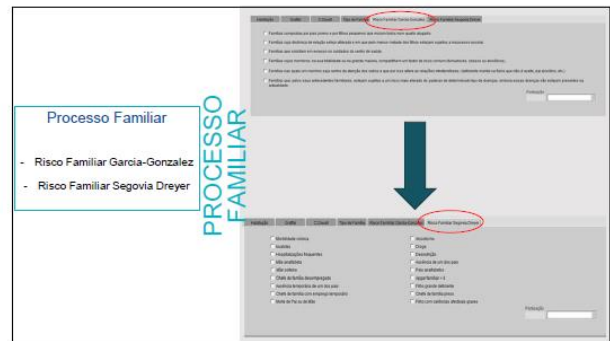
9



10



11



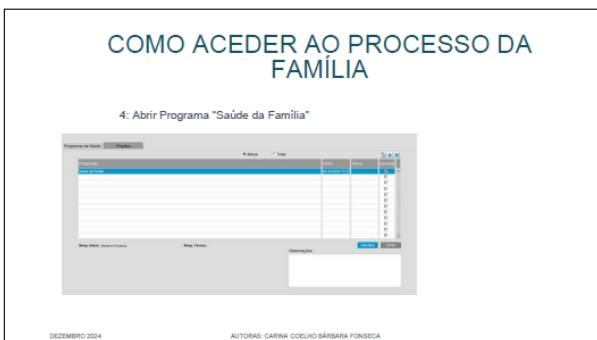
12



13



14



15



16

**DIMENSÃO FAMILIAR**

Figueiredo, 2012

DEZEMBRO 2024 AUTORA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

17

**DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO**

Figueiredo, 2012

DEZEMBRO 2024 AUTORA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

18

**DIMENSÃO FUNCIONAL**

Figueiredo, 2012

DEZEMBRO 2024 AUTORA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

19

**Conclusão**

Os registos de enfermagem no programa SClinico desempenham um papel fundamental na promoção da qualidade e continuidade dos cuidados, também no âmbito da Saúde Familiar.

A documentação adequada dos cuidados aos indivíduos e suas famílias permite a monitorização de resultados e ganhos em saúde. Ao documentar de forma rigorosa e detalhada, os enfermeiros não só cumprem os preceitos éticos e legais da sua prática, como também contribuem para a personalização dos cuidados e para a gestão integrada da saúde das famílias (Figueiredo et al., 2017).

20

**Conclusão**

Investir na qualificação contínua dos profissionais de enfermagem para o uso desta ferramenta é essencial para potencializar estes benefícios. Assim, a integração do SClinico torna-se um pilar estratégico para uma prática de enfermagem baseada em evidências e voltada para a excelência dos resultados em saúde.

21

**Bibliografia**

- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Silva, R., Andrade, C., Brás, M. A., & Oliveira, P. (2017). *Impacte do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar nos ganhos em saúde para as famílias*. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). <http://hdl.handle.net/10198/14664>
- Pereira, M. C., Reis, M. A., Filha, F. S. S. C., Fidélis, A., Souza, T. V., Silva, R. C., Bezerra, M. L. R., Macedo, C. S., Filho, I. M. M., & Gondim, M. C. (2020). Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: reflexão teórica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(4), 1-15. <https://doi.org/10.25249/reaas.v2i4.2020>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca.

DEZEMBRO 2024 AUTORA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

22

"Sozinho podemos fazer tão pouco; juntos podemos fazer muito."  
Helen Keller

**OBRIGADA!**

**QUESTÕES?**

DEZEMBRO 2024 AUTORA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

23

**ESEP**

**Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"**

Mestranda do 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem  
Consultora na área de Enfermagem de Saúde Familiar

AUTORA:  
CARINA COELHO  
BARBARA FONSECA

DEZEMBRO 2024

24



## ANEXO VII

### Questionário de Avaliação da Formação em Serviço

**Título:** Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”

**Formadoras:** Bárbara Fonseca e Carina Coelho

**Data:** 06/12/2024

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

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

**Sugestões/Críticas:**

Obrigada pela atenção.

## ANEXO VIII

### **Certificado de Participação: “VI Encontro Cuidados de Saúde Primários ULS Matosinhos - Integração de Cuidados no Ciclo de Vida: Desafios e Oportunidades”**



#### **CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

CERTIFICA-SE QUE BÁRBARA INÊS TEIXEIRA GONÇALVES FONSECA, NATURAL DE BOBA DE GODIM, PORTUGAL, , NASCIDO A 1998-06-11, NACIONALIDADE PORTUGAL, GÊNERO FEMININO, PORTADOR(a) DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 154953156ZX0, FREQUENTOU NO(S) DIA(S):

21-11-2024, e 22-11-2024

A AÇÃO DE FORMAÇÃO, COM A DURAÇÃO TOTAL DE 13 HORAS, DESIGNADA DE

#### **"VI Encontro Cuidados de Saúde Primários ULS Matosinhos - Integração de Cuidados no Ciclo de Vida: Desafios e Oportunidades"**

Matosinhos, 22 de novembro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Doutor Jorge Oliveira

Certificado nº 6623/24 De acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Sem hora de Hora  
Geral, 229 391 000  
ca@ulsm.min-saude.pt | www.ulsm.min-saude.pt

Contribuinte nº 505 961 300



ANEXO IX

**Certificado de Participação: “1º Congresso Internacional de Saúde da Família (ICFH'25)”**



## ANEXO X

### **Certificado de Participação: “VII Encontro Internacional de História da Enfermagem - Guardiões de Higeia: Legado Histórico da Enfermagem Comunitária”**



#### **VII Encontro Internacional de História da Enfermagem** *Guardiões de Higeia: Legado Histórico da Enfermagem Comunitária*

#### **CERTIFICADO**

Declaro que **Bárbara Inês Teixeira Gonçalves Fonseca** esteve presente no VII Encontro Internacional de História da Enfermagem “Guardiões de Higeia: Legado Histórico da Enfermagem Comunitária”, organizado pela Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem, que decorreu nos dias 7 e 8 de março de 2025, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com a duração de 09 horas.

Viana do Castelo, 8 de março de 2025

O Presidente da Direção da SPHE

Assinado por: **Rui Manuel Pinto Costa**  
Num. de Identificação: 10482618  
Data: 2025.03.29 17:27:20+00'00'



Rui Manuel Pinto Costa

