

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

**Avaliação e Intervenção em Famílias Nucleares com Membros
Idosos: Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

Relatório de Estágio

Maria Carolina Ferreira de Jesus

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

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

ASSESSMENT AND INTERVENTION IN NUCLEAR FAMILIES WITH ELDERLY MEMBERS - PROJECT FOR DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN COMMUNITY NURSING IN THE FIELD OF FAMILY HEALTH NURSING

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela Professora Ana Isabel Vilar e coorientado pela Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo.

Maria Carolina Ferreira de Jesus

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Isabel Vilar, orientadora do presente relatório, pela disponibilidade, pelo conhecimento e pela tranquilidade transmitidos ao longo de todo o processo de aprendizagem, essenciais para o desenvolvimento das minhas competências.

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, coorientadora do presente relatório, pelo seu contributo ímpar neste percurso;

À Enfermeira Isabel Silvério pela amizade, positividade e, sobretudo, pela confiança nas minhas capacidades.

Às colegas da USF Terras da Maia, Carina, Isabel e Márcia, pela empatia e pelo companheirismo constantes.

Às amigas e parceiras desta jornada, Francisca e Juliana, por todos os momentos vividos, pela força e pela motivação. Vocês são as maiores!

Aos meus pais, Augusto e Fátima, por serem a base de tudo aquilo que sou e de tudo o que alcanço.

À minha mãe, em especial, por ser a minha inspiração de vida.

Ao meu irmão, Rafael, pelo orgulho desmedido nas minhas vitórias e por torcer pelo meu sucesso, mais do que ninguém.

À minha cunhada, Cláudia, pelo carinho e por me ver como um exemplo a seguir.

Às minhas sobrinhas e afilhadas, Constança e Carlota, por serem luz e felicidade.

Ao Miguel, sempre, e por tudo: pelo amor constante, pela admiração, pelo apoio e pela compreensão.

Vocês são a essência que transformou este desafio, numa conquista.

Obrigada!

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

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

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS-N - Administração Regional de Saúde do Norte

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

CSP - Cuidados de Saúde Primários

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

EFS - Entrevista Familiar Sistémica

EM - Entrevista Motivacional

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

HSSAT - *Home Safety Self-Assessment Tool*

ICN - *International Council of Nurses*

ID - Indicador(es) de Desempenho

IDG - Índice de Desempenho Global

IDS - Índice de Desempenho Setorial

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção na Família

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Plano(s) de Acompanhamento Interno

PAUF - Plano de Ação da Unidade Funcional

PDACES - Plano de Desempenho do Agrupamento de Centros de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RI - Regulamento Interno

SI - Sistema de Informação

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UF - Unidade Funcional

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A família é caracterizada por ser um sistema cujo resultado é superior à soma de todas as suas partes, efeito de relações dinâmicas, complexas e contextuais, em interação com o meio. A transição para o envelhecimento assume-se como um desafio para as famílias, relativamente ao padrão de comportamentos, aquisição de conhecimento e capacidades e transformação de relações, bem como no risco de queda. No âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, delinearam-se objetivos a fim de prestar cuidados a famílias nucleares com membros idosos, enquanto unidade de cuidados, bem como aos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, e promover a liderança e a colaboração em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, segundo o Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. O desenvolvimento do processo de aprendizagem baseou-se no Modelo Calgary de Avaliação da Família, Modelo Calgary de Intervenção na Família, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e Teoria das Transições. Assente no processo de enfermagem, foram desenvolvidas consultas no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar a quatro famílias nucleares com membros idosos e aos seus membros, individualmente. As intervenções concretizadas, em parceria com os clientes, culminaram em ganhos em saúde para as famílias e para os indivíduos, nomeadamente, para as famílias, nas áreas da Prevenção de Seguros, Satisfação Conjugal, Processo Familiar e Papel do Prestador de Cuidados, e, para os membros das famílias, nos focos Adesão ao Regime de Exercício, Gestão do Regime de Exercício, Preocupação, Adesão à Vacinação e Conhecimento sobre diabetes. Foram geridos, articulados e mobilizados recursos para a prestação de cuidados, através: da pesquisa em evidência científica; do processo formativo, promotor de uma cultura de formação e prática, com vista à melhoria dos resultados dos cuidados em enfermagem de saúde familiar; da referenciação para outros profissionais; e do complemento sugerido ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. O contributo do processo de aprendizagem para o desenvolvimento de competências, comuns e específicas, centrou-se na capacidade de reflexão sobre a prática que garante a prestação de cuidados de qualidade às famílias e aos seus membros.

Palavras-Chave: Cuidados de Saúde Primários, Enfermagem de Saúde Familiar, Família, Envelhecimento, Queda

ABSTRACT

The family is characterized as a system whose outcome is greater than the sum of all its parts, a result of dynamic, complex, and contextual relationships, interacting with the environment. The transition to ageing is assumed as a challenge for families, regarding behaviour patterns, acquisition of knowledge and skills, transformation of relationships, as well as the risk of fall. Within the Curricular Units of Professional Nature Internship with Report - Module I and Internship with Report - Module II, of the Master's Degree Course in Community Nursing in the area of Family Health Nursing at the Porto Nursing School, objectives were outlined in order to provide care to nuclear families with elderly members, as a care unit, as well as to their members, throughout the life cycle and at different levels of prevention, and to promote leadership and collaboration in intervention processes, within the scope of Family Health Nursing, according to Regulation no. 428/2018 of the Order of Nurses. The development of the learning process was based on the Calgary Family Assessment Model, Calgary Family Intervention Model, Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, and Theory of Transitions. Based on the nursing process, Family Health Nursing sessions were given to four nuclear families with elderly members and to their members individually. The interventions carried out, in partnership with the clients, resulted in health gains for families and individuals, namely, for families, in the areas of Safety Precaution, Marital Satisfaction, Family Process, and Caregiver Role, and for family members, in the focuses of Exercise Regimen Adherence, Exercise Regimen Management, Concern, Vaccination Adherence, and Knowledge about diabetes. Resources were managed, coordinated, and mobilized for care provision, through: research in scientific evidence; the training process, promoting a culture of training and practice, aimed at improving the results of family health nursing care; referral to other professionals; and the suggested complement to the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. The contribution of the learning process to the development of competencies, both common and specific, focused on the ability to reflect on practice, ensuring the provision of quality care to families and their members.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Nursing, Family, Ageing, Fall

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	23
1.1 Descrição do Contexto da Prática	23
1.1.1 ACeS.....	23
1.1.2 USF.....	24
1.2 As Famílias	29
1.2.1 Caracterização Geral do Ficheiro	29
1.2.2 Caracterização das Famílias	31
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	33
2.1 A Família, a Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar	33
2.2 A Família e a Transição para o Envelhecimento de cada um dos seus Membros.....	38
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	49
3.1 Prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros.....	49
3.1.1 Avaliação e Intervenção de Enfermagem em Famílias Nucleares com Membros Idosos: Seleção das Famílias e Recursos Utilizados	50
3.1.2 Avaliação e Intervenção em Famílias Nucleares com Membros Idosos: Dados, Diagnósticos, Intervenções e Resultados	54
3.1.2.1 Família América	55
3.1.2.2 Família Europa	69
3.1.2.3 Família Ásia	77
3.1.2.4 Família África	83
3.1.3 Ganhos em Saúde para as Famílias e para os seus Membros	89
3.2 Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	93

3.2.1 Articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.....	94
3.2.2 Gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção	95
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	105
4.1 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	107
4.2 Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	114
CONCLUSÃO	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	139

Anexo 1 - Problemas e Objetivos identificados na USF

Anexo 2 - Objetivos dos PAI da USF

Anexo 3 - Dados estatísticos de caracterização das famílias

Anexo 4 - Diagrama de Seleção das Famílias

Anexo 5 - Folheto de Exercícios Músculo-Articulares (Argentina - Família América)

Anexo 6 - Ritual Terapêutico: post-it

Anexo 7 - Instrumento de Verificação da Documentação dos Cuidados no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo 8 - Questionário para Diagnóstico de Necessidades da Equipa de Enfermagem da USF

Anexo 9 - Resultados do Questionário do Diagnóstico de Necessidades da Equipa de Enfermagem da USF (pré e pós Processo Formativo)

Anexo 10 - Planeamento do Processo Formativo implementado à Equipa de Enfermagem da USF

Anexo 11 - Plano + Apresentação *Power Point* da Sessão Formativa

Anexo 12 - Folha de Participantes na Sessão Formativa

Anexo 13 - Guia Prático para Documentação dos Cuidados

Anexo 14 - Questionário de Avaliação da Sessão Formativa

Anexo 15 - Resultados da Avaliação da Sessão de Formação

Anexo 16 - Certificado *NursID Spring School 2023*

Anexo 17 - Certificado “2º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar do ACES Maia/Valongo”

Anexo 18 - Certificado de Formação Profissional de Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária da USF	25
Figura 2 - Problemas ativos dos utentes inscritos na USF	26
Figura 3 - Pirâmide etária do ficheiro da enfermeira tutora	30
Figura 4 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família América	56
Figura 5 - Ecomapa da Família América	57
Figura 6 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Europa	70
Figura 7 - Ecomapa da Família Europa	70
Figura 8 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Ásia	78
Figura 9 - Ecomapa da Família Ásia	79
Figura 10 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família África.....	83
Figura 11 - Ecomapa da Família África	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Barreiras Arquitetônicas do Edifício Residencial da Família América.....	59
Quadro 2 - Barreiras Arquitetônicas do Edifício Residencial da Família Europa.....	72
Quadro 3 - Barreiras Arquitetônicas do Edifício Residencial da Família Ásia.....	80
Quadro 4 - Barreiras Arquitetônicas do Edifício Residencial da Família África	85
Quadro 5 - Ganhos em Saúde.....	90
Quadro 6 - Resultados da Verificação da Documentação dos Cuidados no âmbito da ESF	103

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (CMECESF), lecionado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, nos anos letivos 2022/2023 e 2023/2024, a fim de concretizar o desenvolvimento de competências comuns DO Enfermeiro Especialista, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECSF), de acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018), foi elaborado o presente relatório. O relatório é o produto final do trabalho desenvolvido ao longo das Unidades Curriculares (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório

- Módulo II, que decorreram entre o dia 27 de abril de 2023 e o dia 26 de janeiro de 2024, numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal percorreram um caminho complexo no decorrer dos últimos cinquenta anos (Silva, 2023). Constituem o primeiro ponto de contacto das famílias e dos indivíduos com o sistema de saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978) e têm como principal objetivo garantir, no ambiente próximo da população, um nível elevado de saúde e bem-estar, englobando cuidados de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e acesso a cuidados de reabilitação e paliativos (OMS, 2018).

Até à década de sessenta, os cuidados de saúde eram oferecidos por serviços privados ou decorrente de atividade caritativa, existindo muitas famílias e indivíduos sem acesso aos mesmos por carência económica, ou por não serem considerados suficientemente pobres (Sousa, 2009). Na mesma década, foram criados os Serviços Médico-Sociais que pretendiam dar assistência aos trabalhadores e às suas famílias, caracterizando-se por serem serviços desorganizados que visavam apenas a prevenção secundária (Sousa, 2009). Baseado na necessidade do Estado em oferecer o acesso aos cuidados de saúde a toda a população e alargando horizontes para além da mentalidade “curativa”, no ano de 1971 surgiram os centros de saúde de primeira geração, nos quais prevalecia um perfil intimamente ligado à prevenção e ao acompanhamento de grupos de risco, destacando-se atividades como a vacinação, a vigilância de saúde da grávida e da criança, a saúde escolar e outras atividades relacionadas com o ambiente (Branco & Ramos, 2001). Mais tarde, em 1979, surge o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que fica, na Lei nº 56/79 (Assembleia da República, 1979), denominado de primeira Lei de Bases da Saúde (Pereira & Costa, 2007).

Com vista à otimização dos sistemas de saúde para melhoria da equidade, eficiência, efetividade e capacidade de resposta aos cidadãos, houve necessidade de reestruturar os CSP e, em 2005, a par de outras mudanças, surgem as USF (Luís, 2007). As USF, compostas por equipas multiprofissionais (médico, enfermeiro e assistente técnico) (Biscaia, 2006), assumem-se como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e às famílias, devendo estar integradas em rede com outras unidades funcionais (UF) (Ministério da Saúde, 2007) pertencentes aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), criados em 2008, com o objetivo de potenciar uma melhor gestão dos cuidados de saúde e o acesso aos mesmos por parte dos cidadãos (Ministério da Saúde, 2008). Atualmente, através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os ACeS, adotou-se um modelo de organização e funcionamento do SNS em Unidades Locais de Saúde (ULS), que visam garantir a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, de acordo com o Decreto-Lei nº 102/2023 (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a).

Apesar do papel do enfermeiro estar presente e ser indissociável dos CSP e, mais especificamente, das USF, é em 2014, no Decreto-Lei nº 118/2014, que surge realçada a figura do enfermeiro de família, enquanto promotor ativo e independente da saúde das famílias e dos indivíduos, e no âmbito da prevenção da doença (Ministério da Saúde, 2014). Mais tarde, em 2017, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) avança naquele que é o seu caminho em direção ao reconhecimento como uma área diferenciada das restantes áreas da enfermagem, estando descrito no Decreto-Lei nº 73/2017 e na sua revogação presente no Decreto-Lei 103/2023, que os enfermeiros que constituem as equipas das USF têm de ser detentores do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Ministério da Saúde, 2017; Presidência do Conselho de Ministros, 2023b).

Após a publicação, em Diário da República, do Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2015 (OE, 2015a), foi publicado, em 2018, o perfil de competências do EEECESF, mantendo a descrição do exercício da especialidade com foco na família enquanto unidade de cuidados, com vista à sua capacitação como um todo e a cada um dos seus membros individualmente, mobilizando os recursos necessários à manutenção da sua saúde (OE, 2018).

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN) (2023), a família pode ser definida como um todo coletivo constituída por pessoas que podem estar ligadas através de laços de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, salvaguardando-se que o todo será sempre superior à soma de todas as partes que a compõem. O conceito de família está relacionado com a autodeterminação da mesma (Figueiredo, 2009), representando-se como uma organização de relações dinâmicas e complexas, em constante interação com o meio (Figueiredo, 2012), podendo fazer parte desta elementos considerados significativos para o indivíduo (OE, 2010). Relvas (2000), aborda o ciclo vital da família como sendo uma sequência

de mudanças previsíveis na organização familiar, associando tarefas a cada uma das fases do ciclo, como é o caso do envelhecimento enquanto transição normativa da família.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2023), no ano de 2021, em Portugal, cerca de 23,4% da população portuguesa eram pessoas com 65 ou mais anos. O índice de envelhecimento populacional, nesse mesmo ano, era de 182,1%, o que significa que em 100 jovens, existiam 182,1 idosos (INE, 2023). Quando comparada esta percentagem àquilo que se verifica no ACeS e na USF no ano 2023, percebe-se que o número de idosos é superior em ambos com valores de 31% e 27%, respetivamente. Importa ainda acrescentar que, segundo dados do Eurostat (2020), prevê-se que o índice de dependência dos idosos em Portugal incremente cerca de 10% entre 2020 e 2030. Por fim, considerando a temática do projeto, torna-se imperioso realçar que no ano de 2019, em Portugal, cerca de 25% dos idosos viviam sozinhos e cerca de 50% viviam em casal com outro idoso (PORDATA, 2020), isto é, numa família nuclear idosa (Duvall & Miller, 1985).

A transição para o envelhecimento acarreta inúmeros desafios para a família e para os seus membros, decorrentes das alterações consideradas normativas do processo de envelhecer. Nesta fase do ciclo vital, a família pode experienciar alteração de papéis e tarefas familiares, que pode suceder devido à probabilidade de dependência de um dos membros idosos (Ângelo, 2000), e reestruturação da relação conjugal pela modificação da composição familiar e dos padrões de interação (Carter & McGoldrick, 1995). A nível individual, o suporte e meio familiar é preponderante nesta etapa do ciclo de vida do idoso, podendo, estes, definir o seu comportamento e a vivência de uma transição saudável (Rodrigues, 2019).

Decorrente do envelhecimento e de todas as alterações geradas no organismo (morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas) (Brito, 2012), surge aquele que é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial nos idosos: a queda (OMS, 2021; Chang & Do, 2015). A ocorrência deste evento no idoso pode conduzir à dependência (OMS, 2021), o que, para as famílias, implica redefinição de papéis, alterações ou mudança de domicílio, (Maia et al., 2011), alterações no relacionamento familiar, dificuldades financeiras e isolamento (Xavier et al., 2003).

Desta forma, considerou-se pertinente avaliar e intervir em famílias nucleares com membros idosos. O mote de escolha desta temática resultou da caracterização da amostra de sessenta famílias e da análise dos indicadores de desempenho (ID) contratualizados, quer pelo ACeS, quer pela USF no âmbito da “Segurança dos Utentes” e, também, atendendo ao baixo valor do ID 294 da USF referente à taxa de domicílios de enfermagem por 1000 idosos inscritos.

Os objetivos gerais que foram propostos no desenrolar do curso centraram-se no desenvolvimento de competências de cuidado à família enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e também

no desenvolvimento de competências promotoras da liderança e colaboração em processos de intervenção, no âmbito da ESF.

Sob o ponto de vista metodológico, a elaboração do presente projeto contou com a pesquisa de evidência científica através do uso de bases de dados, leitura e análise de livros, revistas e relatórios/dissertações de mestrado/doutoramento, já que o verdadeiro conhecimento é aquele que provém da investigação, devendo ser privilegiado na prática clínica. Relativamente à informação pertencente ao ACeS e USF, foram consultados os *websites* do Ministério da Saúde e examinados documentos próprios das instituições referidas. Como referenciais teóricos foram utilizados o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF) (Wright & Leahey, 2012), essenciais, teórica e operativamente, para dar resposta às necessidades das famílias. No que se refere aos membros da família, individualmente, foi utilizada como referencial teórico a Teoria das Transições (Meleis, 2010).

O documento está organizado em quatro capítulos: no primeiro capítulo, é caracterizado o contexto de desenvolvimento dos estágios; o segundo capítulo é destinado ao enquadramento teórico; no terceiro capítulo, é descrito o desenvolvimento das atividades da componente clínica; e, por último, no quarto capítulo, são apresentados e explicitados os contributos do processo de aprendizagem no desenvolvimento de competências.

Posto isto, com o presente Relatório intitulado “Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias em Nucleares com Membros Idosos” pretendeu-se explicar aquele que foi o processo de aprendizagem e cuidado às famílias e a cada um dos seus membros, individualmente, atendendo às especificidades desta fase do ciclo vital da família e à singularidade de cada um dos seus membros, alicerçado nos pressupostos da ESF e no desenvolvimento de competências enquanto futura EEECESF.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

No presente capítulo consta a caracterização do contexto da prática clínica no qual se desenvolveu todo o processo de aprendizagem decorrente do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, com o intuito de promover o desenvolvimento de competências específicas do EEECESF. Por um lado, é analisado e descrito o contexto da prática clínica e, por outro lado, inclui-se também a caracterização de uma amostra de 60 do ficheiro da enfermeira tutora.

1.1 Descrição do Contexto da Prática

O contexto clínico no qual se desenvolveu o estágio assume-se como uma USF que, até ao dia 31 de dezembro de 2023, integrava um ACeS, criado com base no Decreto-Lei nº28/2008 do Diário da República (Ministério da Saúde, 2008). A partir do dia 1 de janeiro de 2024, a USF, a par da criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) segundo o Decreto-Lei nº 102/2023 do Diário da República, transita para uma ULS, da qual fazem parte dois ACeS e um centro hospitalar (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a).

1.1.1 ACeS

O ACeS tem como missão garantir à população o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, num contínuo de saúde, aos indivíduos e famílias, numa perspetiva individual e coletiva. Pretende ser reconhecido como um centro de excelência, de prestação de cuidados de proximidade, promotor de boas práticas de saúde e dinamizador de inovação em saúde. Assume como valores fundamentais a responsabilidade de todos os profissionais na prestação

integrada e adequada de cuidados, respeito, humanização e partilha de conhecimento e experiência (Ministério da Saúde, 2023a).

Na sua matriz multidimensional da contratualização do ano 2023, que consta no Plano de Desempenho do Agrupamento de Centros de Saúde 2023 (PDACES), o ACeS prevê a melhoria do Índice de Desempenho Global (IDG) face às prioridades definidas e recursos negociados. No que se refere à área do “Desempenho Assistencial”, na subárea “Gestão de Saúde” e na dimensão “Saúde do Idoso”, o ACeS pretende incrementar o Índice de Desempenho Setorial (IDS) de 66.2 para 70.0. Este aumento poderá ser concretizado através dos cuidados e assistência em saúde prestada pelos profissionais das diferentes UF aos idosos da sua população. Relativamente à área “Qualidade Organizacional”, na subárea “Segurança” e na dimensão “Segurança de Utentes”, o ACeS contratualizou um valor de IDS de 84.0, sendo que em 2022 o resultado obtido foi 0.0., evidenciando a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde, como preconiza o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). O PNSD 2021-2026 visa consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde.

1.1.2 USF

De acordo com o Regulamento Interno (RI), a USF detém autonomia organizativa, funcional e técnica, garantindo a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos e famílias.

A USF iniciou a sua atividade assistencial no ano 2009 e, em 2023, conta com 12.659 utentes inscritos. Perspetiva atingir um IDG de 86.66 em dezembro do presente ano, resultante do Plano de Ação da Unidade Funcional 2023 (PAUF) contratualizado.

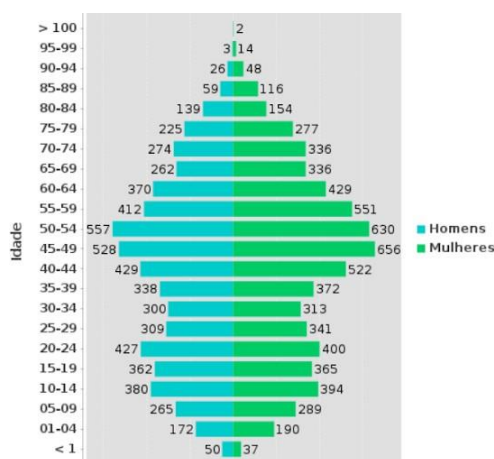
A USF localiza-se numa sub-região da Área Metropolitana do Porto, sendo a sua área de influência de cariz urbano. Segundo dados que constam no website da Câmara Municipal, caracteriza-se por ser uma região densamente povoada, provida de uma vasta e completa rede de transportes (rodoviário, ferroviário e aéreo) e considerada um importante pólo económico, no qual o salário médio é superior ao salário médio nacional. Segundo o RI, a USF garante a prestação de serviços aos cidadãos inscritos residentes na união de três freguesias da qual faz parte a Unidade. Os serviços domiciliários referentes a cidadãos inscritos na USF não residentes na união de freguesias indicada, são assegurados pela unidade de saúde mais próxima, mediante acordo de cooperação regido pelo Decreto-Lei 28/2008, art. 5º (Ministério da Saúde, 2008).

A USF exerce a sua função no primeiro piso de um edifício de cinco andares, no qual está em atividade uma outra UF, bem como é sediado o ACeS que integra. Todas as unidades do edifício partilham uma sala de reuniões localizada no piso menos um e uma sala de espera localizada no piso zero. A USF dispõe de uma secretaria (com *front office* e *back office*), duas salas de espera (uma geral e uma destinada, sobretudo, à Saúde Infantil), cinco gabinetes de enfermagem (dois destes assumem-se como salas de tratamentos e um como gabinete de Saúde Infantil), nove gabinetes médicos, três gabinetes gerais (um destes destinado à consulta de Planeamento Familiar e um adstrito a sala de observação/urgência), uma copa, três casas de banho (duas alocadas aos utentes na sala de espera e uma aos profissionais junto dos gabinetes de trabalho), uma sala de aprovisionamento e um vestiário.

De acordo com o RI, a equipa multidisciplinar que compõe a USF é constituída por sete médicos, sete enfermeiros, seis secretários clínicos e três internos. Para além destes profissionais, exercem atividade sob regime de prestação de serviços, assistentes operacionais e elementos de segurança que contribuem igualmente para que exista harmonia no local de trabalho. Esporadicamente, desempenham funções na USF profissionais em formação.

No que se refere aos recursos materiais, a USF dispõe dos equipamentos e materiais essenciais para garantir a melhor resposta à população-alvo da Unidade. Contudo, no PAUF, são mencionadas algumas necessidades materiais que visam a melhoria do funcionamento da Unidade a nível das comunicações (ex.: ratos scanner), sistemas de informação (ex.: tela de ecrã de projeção), equipamento clínico (ex.: esfigmomanómetros digitais), transportes (ex.: cadeira de rodas) e outros não categorizados (ex.: armários e bancos). A população-alvo da USF encontra-se distribuída na pirâmide etária da USF, disponível no *website* do Ministério da Saúde (Figura 1).

Figura 1 - Pirâmide Etária da USF



Fonte 1 - Ministério da Saúde, 2023a

Atentando à pirâmide etária, dos 12.659 utentes inscritos, cerca de 27% correspondem a pessoas idosas. Destaca-se, também, o número de mulheres em período fértil (cerca de 23%) e o número de crianças, dos 0 aos 17 anos (cerca de 9%).

Fazendo um paralelismo com a pirâmide etária do ACeS no qual se insere a USF, o mesmo apresenta cerca de 31% de idosos, percentagem esta superior à evidenciada na USF. Quando analisadas as pirâmides etárias da ARS-Norte (ARS-N) e Nacional, os números mostram igualmente valores do número de idosos acima da USF, 35% e 37%, respetivamente. Os idosos são uma população vulnerável que carece de cuidados de saúde e devem ser um alvo prioritário, justificando-se pela 24ª posição de Portugal (em 28 países) no Índice de Envelhecimento Activo (2018) na dimensão “vida independente, saudável e segura” (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2020), o que significa que ainda existe um longo caminho a percorrer.

Relativamente aos problemas ativos (vulgo antecedentes clínicos) dos utentes inscritos na USF, estão apresentados na Figura 2 os dez mais prevalentes.

Figura 2 - Problemas ativos dos utentes inscritos na USF

ICPC	Nº Ut.	Proporção
T83 - Excesso de peso	3.536	32,12%
T93 - Alteração dos lípidos	2.335	21,21%
K86 - Hipertensão sem complicações	2.046	18,58%
P17 - Abuso do tabaco	1.885	17,12%
T82 - Obesidade	1.580	14,35%
P76 - Perturbação depressiva	1.465	13,31%
W11 - Contraceção oral	1.318	11,97%
A98 - Manutenção de saúde/medicin...	1.031	9,37%
L86 - Síndrome da coluna com irradia...	912	8,28%
T90 - Diabetes não insulino-depende...	849	7,71%

Fonte 2 - Ministério da Saúde, 2023a

O “Excesso de Peso”, a “Alteração dos Lípidos” e a “Hipertensão Sem Complicações” assumem o pódio da tabela da figura 2. Com percentagens superiores a 10% destacam-se o “Abuso de Tabaco”, a “Obesidade”, a “Perturbação Depressiva” e a “Contraceção Oral”. Concomitantemente, a maioria destes problemas surgem como principais nas listas de “Problemas ativos” do ACeS e da ARS-N (Ministério da Saúde, 2023a).

A USF tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, visando a satisfação dos utentes e profissionais (Ministério da Saúde, 2023a).

A equipa multiprofissional da USF visa fazer desta uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na motivação e vontade empreendedora dos profissionais (Ministério da Saúde, 2023a).

A USF orienta a sua atividade com base em determinados valores, nomeadamente a conciliação, a cooperação, a solidariedade, a autonomia, a articulação, a avaliação e a gestão participativa (Ministério da Saúde, 2023a).

Atendendo ao RI, os princípios de organização de trabalho da USF centram-se no cidadão e labora através do método de equipa de saúde, isto é, a cada cidadão e a cada família inscrita, é-lhes atribuída uma das micro equipas que compõem a USF, sendo constituída por um médico e um enfermeiro de família, com os quais colabora um secretário clínico. Estes três profissionais, em conjunto e atendendo às funções que lhes competem, garantem resposta às necessidades dos cidadãos que possam ser colmatadas decorrente da atividade assistencial e não assistencial da USF.

No RI consta, também, que, a USF garante, sempre que possível, que os cuidados a prestar sejam realizados pelo médico e/ou enfermeiro de família dos cidadãos, sem que exista prejuízo dos serviços mínimos. A USF dispõe de consultas médicas e consultas de enfermagem com agendamento prévio e de uma Consulta Aberta, que pressupõe dar respostas às situações agudas dos utentes inscritos. As consultas médicas decorrem no âmbito de: Saúde do Adulto e do Idoso, Hipertensos, Diabéticos, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Pré-Conceção, Rastreio Oncológico e Visitação Domiciliária. As consultas de enfermagem sucedem no domínio de: Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher e da Grávida, Saúde do Adulto e do Idoso, Utente Diabético, Utente Hipertenso, Administração de Terapêutica, Tratamentos, Vacinação, Visita Domiciliária, Tratamento Domiciliário e Visita Domiciliária à Puérpera e Recém-Nascido. A USF visa exercer atividades referentes a serviços de caráter assistencial e não assistencial no âmbito de:

- Atendimento a utentes esporádicos de acordo com o manual de esporádicos do ACeS;
- Colaboração com a Equipa Coordenadora Local do ACeS;
- Atendimento sazonal;
- Atendimento complementar em Serviço de Atendimento a Situações Urgentes;
- Integrar a equipa de auditorias cruzadas e comissão restrita do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos;
- Reuniões Plenárias dos conselhos técnicos e conselho clínico e reunião de coordenadores do ACeS;
- Colaboração com a direção de enfermagem do ACeS.

Para além dos serviços supracitados, a USF compromete-se a realizar atividades nas esferas de ação da Qualidade Organizacional e da Formação Profissional.

A USF propõe-se a melhorar a sua qualidade assistencial, tendo, no PAUF, sido identificados problemas e respetivos objetivos a atingir nos seguintes domínios: Rastreios oncológicos, Rastreo de Vírus da Imunodeficiência humana, Consumo excessivo de álcool, Risco de Diabetes tipo 2 e na Acessibilidade e Personalização (Anexo 1).

Para além disso, a USF apresenta três Planos de Acompanhamento Interno (PAI), sendo que dois deles transitaram para o ano 2023 para o presente ano, por não terem sido alcançados os objetivos propostos (Anexo 2).

No PAUF, está contratualizado um aumento do IDG de 85.7 (2022) para 86.66 (2023). Analisando o IDS das diferentes áreas, subáreas e respetivas dimensões, percebe-se que apenas foram contratualizados aumentos nas seguintes dimensões: Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Segurança de Utentes. As restantes áreas, subáreas e dimensões, foram contratualizadas para 2023 com o mesmo IDS de 2022 ou, em alguns casos, para valores ligeiramente inferiores.

Uma vez mais, importa realçar que a Segurança de Utentes contempla o fenómeno “Queda”, sendo uma das áreas sujeitas a avaliação e que contribui para o sucesso do indicador 428, a seguinte: “A unidade funcional implementa medidas destinadas à prevenção de quedas”. Dentro desta área, um dos critérios de avaliação é “A unidade funcional realizou, nos últimos 2 anos, pelo menos uma auditoria interna ou externa aos registos clínicos no domicílio dos doentes idosos onde tenham sido analisadas medidas para prevenir quedas.” (Ministério da Saúde, 2023e), o que vai de encontro àquilo que a literatura preconiza sobre a realização de visitas domiciliárias preventivas a estas famílias, no âmbito da prevenção de queda (Sousa et al., 2016).

Para além disso, após análise dos resultados dos indicadores da USF de 2022, percebe-se que dos 112 indicadores, apenas 34 não foram alcançados no seu máximo de pontos (2 pontos). Um desses indicadores insere-se na “Saúde do Idoso” e corresponde a “294 - Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 idosos inscritos”. Este indicador apresenta um valor mínimo aceitável de 300,00, um mínimo esperado de 570,00 e máximo aceitável e esperado de 1500,00. O valor obtido pela USF em dezembro de 2022 foi de, aproximadamente, 378,7, permitindo-lhe um resultado de 0,583 e, portanto, um score de 1 ponto. Analisando este resultado, pode inferir-se que o mesmo é pouco confortável para a USF, pois encontra-se no limite entre os 0 e o 1 ponto (um resultado inferior a 0,5 corresponde a 0 pontos).

Após auscultação dos enfermeiros que compõem a equipa da USF sobre a possibilidade de criação de um PAI neste âmbito, os mesmos referem que não foi colocado em hipótese por só realizarem consultas de enfermagem no domicílio a idosos dependentes. Como o número de dependentes não é significativo na USF, o objetivo do PAI seria de difícil alcance.

Assim sendo, as visitas domiciliárias que possam ser realizadas às famílias integrantes deste relatório, podem ter um contributo deveras positivo na melhoria de qualidade da USF, cooperando no incremento de dois dos indicadores contratualizados.

1.2 As Famílias

Neste subcapítulo, proceder-se-á a uma caracterização geral das famílias que constam no ficheiro da enfermeira tutora e, também, a uma caracterização mais pormenorizada de 60 do total de 718 famílias do ficheiro, sendo que esta última justificou a escolha da temática.

1.2.1 Caracterização Geral do Ficheiro

Segundo o Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto publicado em Diário da República, “o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e todos os contextos da comunidade.” (Ministério da Saúde, 2014, p.4070). Desta forma, o enfermeiro de família entende cada família e cada um dos seus membros, como unidade de cuidados e atua no sentido da prevenção primária, secundária e terciária.

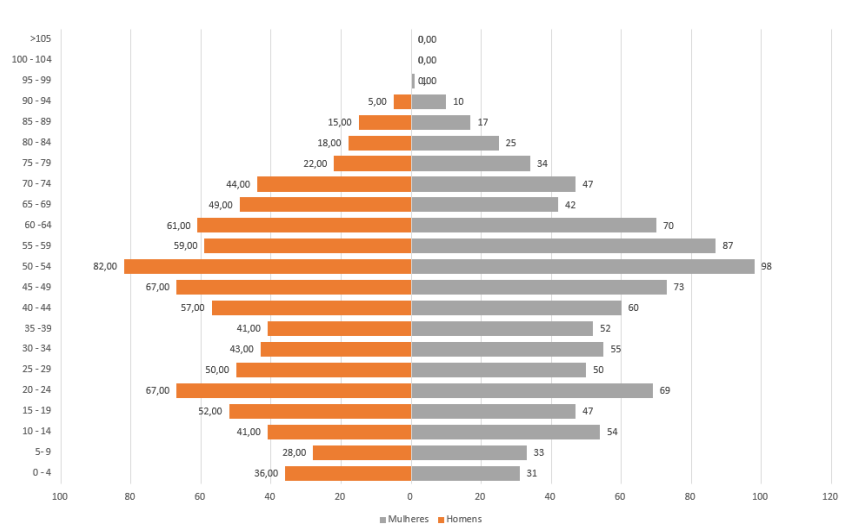
De acordo com o Regulamento nº743/2019 publicado no Diário da República a 25 de setembro do mesmo ano e intitulado de “Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, os enfermeiros que integrem uma USF deverão, necessariamente, ser detentores do título de EEECESF (OE, 2019b). Como, até então, não existem enfermeiros suficientes com esta especialidade, são integrados nestas unidades enfermeiros e enfermeiros especialistas de qualquer uma das outras áreas.

Atentando no Regulamento referido anteriormente, para que exista uma prestação de cuidados de enfermagem especializados, com qualidade e segurança no âmbito das USF, devem ser

atribuídos a cada enfermeiro um máximo de 1550 clientes que perfazem um máximo de 350 famílias.

Considerando o fichero geral de cidadãos inscritos na lista da enfermeira tutora, constata-se que a mesma apresenta 1779 indivíduos e estes compõem 718 famílias. Atendendo às recomendações nacionais de dotação segura dos cuidados de enfermagem nas USF, constata-se que tanto o número de clientes, como o número de famílias que constam no fichero da enfermeira tutora, estão acima do recomendado no Regulamento. A disparidade entre os números recomendados e os números reais da lista é mais notória a nível do número de famílias, o que se pode justificar pela quantidade de famílias unitárias (13%) e nucleares (70%) que compõem a amostra de sessenta famílias. Na figura 3 encontra-se a pirâmide etária do fichero da enfermeira tutora.

Figura 3 - Pirâmide etária do fichero da enfermeira tutora



Fonte 3 - Ministério da Saúde, 2023

A pirâmide etária mostra que cerca de 18,5% dos inscritos são idosos e cerca de 18% são crianças. A restante e maioritária percentagem dos indivíduos, encontram-se em idade ativa (cerca de 63,5%), sendo possível inferir que é uma população jovem, à semelhança do que acontece na pirâmide etária da USF. Para além disso, importa realçar que a população é predominantemente feminina em quase todas as faixas etárias.

No que se refere aos principais problemas ativos desta lista, constata-se que se sobrepõem aos problemas ativos da USF. Verifica-se que a maioria dos problemas de saúde ativos podem estar diretamente relacionados com os estilos de vida adotados (excesso de peso, obesidade, abuso do tabaco, hipertensão sem complicações), sendo os cuidados de enfermagem altamente importantes na sua avaliação perante toda a unidade familiar, visando a alteração de

comportamentos e capacitação para a mudança, de forma a promover a saúde e prevenir complicações futuras (OE, 2001).

Segundo dados do INE (2019), mais de metade da população portuguesa com idade igual ou superior a 18 anos apresenta excesso de peso ou obesidade, sendo que cerca de um terço da população inscrita no ficheiro da enfermeira tutora apresenta excesso de peso, valor este inferior àquele que se observa em Portugal. Relativamente ao abuso do tabaco, constata-se que cerca de 17,8% dos inscritos na lista apresentam hábitos tabágicos. Contrariamente ao que se nota nos restantes problemas de saúde ativos, a percentagem de indivíduos que pratica tabagismo na lista da enfermeira tutora é superior à da população portuguesa (17,8% e 16,8%, respetivamente). Analogamente ao que se passa na lista de inscritos da USF, referente ao problema “Hipertensão sem complicações”, a prevalência deste problema na lista da enfermeira tutora é inferior à nacional (13,5% e 42,6%, respetivamente).

1.2.2 Caracterização das Famílias

A fim de realizar uma caracterização mais pormenorizada destas famílias, selecionaram-se, oportunisticamente, de forma aleatória, 60 famílias que se dirigiram à USF para consulta com a enfermeira de família.

A essas mesmas famílias, foi-lhes aplicado um questionário de colheita de dados, referindo-se os mesmos a: número de membros da família, idades, habilitações literárias, profissão e condição profissional, patologias, tipo de família, etapa do ciclo vital de Duvall (1977) (se aplicável), características do edifício residencial e outros elementos estruturais (água, eletricidade), classe social, existência de membro dependente e presença de animal doméstico.

Analisando os dados recolhidos, constata-se que a maior parte dos membros das famílias são adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (46%). De seguida, surge a população idosa com 35% de indivíduos. Por fim, as crianças e jovens dos 0 aos 17 anos perfazem a totalidade com 19%. No que se refere ao tipo de família, percebe-se que as famílias nucleares dominam a amostra (70%). Dentro das famílias nucleares, a etapa do ciclo vital de Duvall (1977) prevalente é a VIII que corresponde a famílias idosas (48%). Segundo os últimos dados do INE (2023), no ano 2021, em Portugal, as famílias nucleares representavam 60,5% das famílias portuguesas. Atentando à mesma fonte, no ano 2021, 38,7% das famílias tinham como representante principal um indivíduo com 65 ou mais anos (INE, 2023). Ambos os valores

representam maiorias no panorama geral de Portugal, indo de encontro aos resultados obtidos na caracterização das 60 famílias. A classe social predominante, considerando a Escala de Graffar, é a Classe Média Alta (62%).

Atentando a outros dados avaliativos, conclui-se que da totalidade das famílias: 13% integram um membro dependente; 73% apresenta, pelo menos, um membro com doença crónica; e 32% tem animal doméstico. Nos gráficos inseridos no Anexo 3 encontram-se, detalhadamente, os dados estatísticos referentes às 60 famílias.

Posto isto, considerando a notável prevalência de famílias nucleares inseridas na etapa VIII do Ciclo Vital de Duvall (1977), decidiu-se rumar este projeto na avaliação e intervenção familiar em famílias nucleares com membros idosos.

As famílias selecionadas estavam contempladas no número de famílias nucleares com membros idosos da lista da enfermeira tutora à data de início do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II. O número final de famílias selecionadas para a prestação de cuidados em ESF, foi obtido através da aplicação de critérios de inclusão, nomeadamente: compostas, exclusivamente, por um casal de idosos com 75 ou mais anos de idade (via SClínico-CSP® + via enfermeira tutora); residentes na União de Freguesias pertencente à área de abrangência da USF; e, pelo menos, um dos membros da família ter sofrido uma queda com registo em SClínico-CSP® durante a idade idosa (a partir dos 65 anos). Destas famílias, foram excluídas duas, por passarem longas temporadas a residir fora da área de abrangência da USF, e desconsiderada uma, por não consentir o acompanhamento no seu processo de saúde.

Assim, foram incluídas quatro famílias na avaliação e intervenção familiar que consta neste relatório. O diagrama que representa o método de seleção das famílias com os respetivos critérios de inclusão e exclusão encontra-se explanado no Anexo 4.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo visa, não só explorar a evolução da ESF no seu domínio teórico, aliada à perspetiva sistémica, como também explicitar a evidência disponível sobre o papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados de Enfermagem às famílias em nucleares de idosos, focando o campo de ação dos CSP.

2.1 A Família, a Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área Enfermagem de Saúde Familiar

O conceito de família é abordado por diversos autores e entidades, não só na Enfermagem, como em muitas outras disciplinas e, não obstante à multiplicidade de definições, o cerne da ideia permanece constante.

A palavra "família" surge na Roma Antiga a fim de representar um novo grupo social entre as tribos latinas e provém do latim *famulus*, que significa "escravo doméstico" (Antunes, 2009). Mais tarde, na Idade Média, com o aparecimento do casamento, consolida-se o conceito de família, figurado, tradicionalmente, pelo pai, pela mãe e pelos filhos, sendo todos estes dependentes economicamente da figura masculina, vulgo chefe de família (Hanson, 2005). Em meados do século XVIII, coincidente com a Revolução Industrial, o conceito de família começa a alterar-se, decorrente da inclusão da mulher no mercado de trabalho (Hanson, 2005). Neste momento, segundo Dias (2011), a complexidade das relações na família aumentou, sendo que os fatores económicos, políticos, sociais, culturais, demográficos e tecnológicos, tornaram-se decisivos para as alterações na estrutura e dinâmica familiar.

Em termos latos e atendendo àquilo que é o idioma português, a família pode ser entendida como o conjunto de todos os parentes de uma pessoa e, principalmente, dos que moram com ela (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2023). Pode tornar-se uma tarefa complexa definir a unidade social "Família" (Fazenda, 2005), devendo-se, sobretudo, ao facto de cada família ser detentora de uma história exclusiva e irrepetível, construída a partir das diferentes relações

que se estabelecem entre os seus membros, dos valores, dos interesses e do espaço e tempo onde todos se encontram (Dias, 2011).

Segundo a OMS (2002), o conceito de família surge associado ao conceito de bem-estar, isto é, interligado à promoção da saúde e redução da doença. Nesta linha, a família assenta nestas duas metas desde o início da existência humana e, decorrente das crenças e significados adquiridos pelos indivíduos e mediante o processo de socialização, a família manifesta um papel fulcral de cuidado e suporte aos seus membros (OMS, 2002). Ratti et al. (2005), referente ao processo de socialização, acrescentam que a família é a ponte entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que permite a cada membro a compreensão sobre o mundo e o seu lugar neste.

Por sua vez, a OE (2011) realça que a família é um todo coletivo e uma unidade, composta por um grupo de seres humanos conectados pela consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal. Esta definição vai de encontro àquilo que as autoras Wright e Leahey (2012) defendem ao enunciarem que a família é quem eles dizem que são, isto é, independentemente da relação sanguínea, emocional ou legal, uma família pode ser constituída por elementos relevantes para a pessoa. Neste sentido, a família deve ser abordada atendendo à historicidade familiar e ao contexto, ultrapassando as definições acopladas à consanguinidade e afinidade (Figueiredo, 2009).

Figueiredo (2012), acrescenta que a família se comporta como um sistema cujo resultado é superior à soma de todas as suas partes. Enquanto unidade sistémica, de transformação e com capacidade auto-organizativa, a família é representada como sendo uma organização de relações dinâmicas, complexas e contextuais, em interação com o meio. A família incorpora uma panóplia de valores, crenças, saberes e capacidades que a transformam numa unidade inigualável (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2012). O ICN (2023), de forma clara e completa, define Família como “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”.

A família e os seus membros desempenham um papel crucial na saúde uns dos outros, cooperando, ativamente, para o bem-estar comum. É, desta forma, o espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros (OE, 2011). A família é preponderante nas diferentes fases do ciclo vital, sendo o alicerce principal nos momentos de crise, de mudança e de realização, bem como na saúde e na doença (Bértolo, 2021). Desta forma, é reconhecido que a família se assume como um recurso para a sua própria saúde (Wright & Leahey, 2018). Partindo deste pressuposto e considerando a definição de saúde, a família torna-se essencial para a prestação de serviços de saúde holísticos (Shivalli et al., 2015) e, assim, segundo Figueiredo (2012), é despoletado interesse no âmbito teórico e clínico, relativo às questões da família enquanto alvo de intervenção.

O impacto da família na sociedade portuguesa tem vindo a notar-se pelas políticas de saúde implementadas no país, especialmente com a Reforma dos CSP em 2005, na qual se criaram USF que integram equipas multidisciplinares que visam, especificamente, a prestação de cuidados às famílias e aos seus membros (Correia et al., 2021). Os CSP são vistos como a base do sistema de saúde, realçando-se as intervenções de rede e os cuidados centrados na família e no ciclo de vida (OE, 2011).

Segundo Ahlberg et al. (2019), o conceito de Saúde Familiar associa-se a uma adaptação positiva às alterações que acontecem na dinâmica familiar ao longo do tempo e pode ser igualmente caracterizado, de acordo com Ferreira et al. (2020), por um agrupamento de especificidades interligadas à maximização do potencial de saúde da família.

A evolução e transformação dos cuidados de enfermagem conferiram a possibilidade de integrar a família como foco e cliente dos seus cuidados (Bértolo, 2021). Enquanto profissão e disciplina do conhecimento, os cuidados à família têm acompanhado o desenvolvimento da enfermagem, sendo, nos dias de hoje, eminente a responsabilidade exigida aos enfermeiros no acompanhamento da saúde da família ao longo do ciclo vital (Silva, 2016). Assim, assumindo-se como um todo, a família deve ser considerada enquanto unidade de cuidados, avaliação e intervenção por parte dos enfermeiros (Correia et al., 2021), sendo que estes arcam uma posição privilegiada para avaliar as necessidades de saúde das famílias e seus membros, individualmente, atendendo às suas expectativas, recursos e necessidades (Barbiani et al., 2016).

A ESF permite a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição (Figueiredo, 2009) e reconhece o sistema familiar como promotor de saúde que tem influência quer no todo, quer em cada uma das partes que o constituem (Hanson, 2005). A ESF ruma ao encontro de respostas aos problemas reais e/ou potenciais das famílias, considerando-as sempre como parceiras dos cuidados, procurando evidenciar aquelas que são as suas forças e as dos seus membros e objetivando suportá-los na busca por soluções para os problemas identificados (Bértolo, 2021).

Neste seguimento, a OE (2010) destaca que o enfermeiro de família coopera na ligação entre a família e os seus membros, os profissionais e os recursos comunitários, uma vez que lhe compete intervir, cuidar e prestar cuidados gerais e específicos nas diferentes etapas do ciclo vital do indivíduo e da família, em articulação com outros profissionais de saúde, sempre que necessário. Em 2011, a OE regulamentou os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar visando ser um referencial que norteia a prática dos enfermeiros especialistas, de forma a promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Em 2018, atendendo a premente necessidade de especificação de competências dos enfermeiros especialistas, a OE deu continuidade a este regulamento, surgindo a EECESF, associada a duas competências específicas. Desta forma, as Competências Comuns do EECESF

encontram-se explanadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República (OE, 2019a) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar de acordo com Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018 (OE, 2018). A primeira competência específica enunciada remete para todos os pressupostos mencionados anteriormente, relativos à ESF, ditando que ao EEECESF compete cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, promovendo a sua capacitação e focando-se na mesma como um todo e nos seus membros, individualmente, englobando as suas transições. A segunda competência, não menos importante que a primeira, refere que o EEECESF deve liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF, sendo capaz de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

No ano de 2023 é expresso legalmente, no Decreto-Lei n.º 103 de 7 de novembro, que as USF devem integrar na sua constituição enfermeiros que sejam detentores do título de especialista em ESF (Presidência do Conselho de Ministros, 2023b), evidenciando que urge a necessidade de garantir cuidados de Enfermagem especializados às famílias naquele que é o contexto de saúde (CSP) privilegiado para o efeito.

Figueiredo (2012) aponta como um *handicap* do sistema de saúde o facto de estar assente em metodologias de trabalho que não permitem a adoção de um novo paradigma no cuidar. Assim, mantém-se a necessidade de os enfermeiros de família darem visibilidade à sua profissão, no que se refere ao desenvolvimento das suas competências específicas, já que persiste a ideia do modelo biomédico associado aos cuidados de saúde.

Dada a complexidade em realizar uma avaliação familiar (Caniço et al., 2010), devem ser utilizados modelos e instrumentos estruturantes que orientem, de forma clara, tanto a recolha de dados, como o planeamento das intervenções (Hanson & Kaakinem, 2005; Wright & Leahey, 2018; Henriques & Santos, 2019). Assim, a fim de serem prestados cuidados especializados de Enfermagem às famílias, que visem a ultrapassagem de desafios, os enfermeiros carecem de ser detentores de ferramentas de trabalho que permitam a compreensão das dinâmicas internas e externas das famílias e seus membros (Henriques & Santos, 2019), sendo que uma base teórica, consolidada, permite práticas seguras e sistematizadas (Ribeiro et al., 2018). Os modelos, as teorias e os instrumentos de enfermagem são estruturantes para compreender e conferir sentido à prática, culminando num exercício profissional rigoroso baseado em pressupostos científicos e filosóficos sustentados (OE, 2023).

O MCAF e o MCIF, desenvolvidos por Wright & Leahey (2012), focam-se na interação entre os membros da família para compreensão da dinâmica familiar. Atendendo ao MCAF, este assenta numa avaliação familiar sistémica que compreende três categorias principais, sendo estas: estrutural, desenvolvimental e funcional. Cada uma destas categorias subdivide-se em várias

categorias, mais específicas, condizentes com a categoria principal. Relativamente ao MCIF, este sustenta-se em três aspetos onde se deve basear o planeamento das intervenções, sendo estes: o nível de funcionamento da família, o nível de competência do enfermeiro e os recursos disponíveis (Wright & Leahey, 2012). Segundo as autoras, aquando da avaliação/intervenção familiar, poderá não ser relevante, ou prioritário, incidir sobre todas dimensões, devendo sempre ser considerada a família e o momento. Este modelo apresenta uma estrutura multidimensional e enraiza-se na teoria dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança, sendo também influenciado pelo pós-modernismo (OE, 2023). É reconhecido pelo ICN como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo (Schober & Affara, 2001), adotado pela OE como o referencial em ESF e, por isso, é o modelo orientador e sistematizador das boas práticas de ESF (OE, 2023). Assim, tendo por base o MCAF e o MCIF, torna-se impreterível que o enfermeiro especialista tenha um olhar sistémico sobre a família no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento (Wright & Leahey, 2012; Shajani & Snell, 2019, como citado em OE, 2023).

Figueiredo (2012) é a autora de outro modelo que, a par do MCAF e do MCIF (Wright & Leahey, 2012), é reconhecido como sendo um modelo para a prática de enfermagem com as famílias pela *International Family Nursing Association* (2023). O MDAIF é um referencial teórico-metodológico que possibilita a associação entre as etapas do processo de enfermagem, contemplando: áreas de atenção, dados, diagnósticos e intervenções, que orientam a conceção de cuidados e as práticas de enfermagem direcionadas à família como um todo, através de uma matriz operativa flexível e dinâmica, assente em pressupostos sistémicos promotores da utilização integral do enfermeiro de família (Figueiredo, 2012; Henriques & Santos, 2019). O MDAIF foi desenvolvido e coconstruído no contexto dos cuidados de saúde primários, procurando a autora atender àquilo que são as necessidades manifestadas pelos enfermeiros de família associadas a novas exigências em saúde (Figueiredo, 2012). O MDAIF assenta no Pensamento Sistémico e resulta, à semelhança do MCAF e do MCIF, da triangulação entre a Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 2006), a Cibernética (Wiener, 1948) e a Teoria da Comunicação Humana (Watzlawick et al., 2002). Este modelo pretende fornecer, aos enfermeiros, as ferramentas para a tomada de decisão no processo de cuidados com as famílias (Melo et al., 2012) através das três dimensões avaliativas presentes na sua matriz operativa: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2009). A dimensão estrutural, tal como o nome sugere, reflete sobre a estrutura da família, procurando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas e, também, características específicas do contexto ambiental que podem comprometer a saúde coletiva e individual. Tem como áreas de atenção: rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico. Como forma de complemento, utiliza como instrumentos/ferramentas de avaliação familiar o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada. Por sua vez, a dimensão de desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos relacionados com o

crescimento da família e está intimamente relacionada com as etapas do ciclo vital definidas por Relvas (2006). Apresenta como áreas de atenção: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental. Por último, a dimensão funcional engloba os padrões de interação familiar que irão permitir o desempenho de funções e tarefas, e engloba como áreas de atenção: papel de prestador de cuidados e processo familiar. A escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein são utilizados como instrumentos de avaliação complementares (Figueiredo, 2012).

2.2 A Família e a Transição para o Envelhecimento de cada um dos seus Membros

A palavra transição deriva do latim *transitióne*, assumido como o trajeto, ato ou efeito de passar de um lugar, estado ou assunto para outro (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). A Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) apresenta que as transições ocorrem em todos os indivíduos, são complexas e caracterizadas pelo movimento ao longo do tempo, gerando alterações de papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, que envolvem um processo de mudança fundamental nos estilos de vida (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Existem diferentes tipos de transição, que podem ocorrer simultaneamente ou de forma isolada: desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença e organizacionais (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). As propriedades das transições, derivadas da sua complexidade e multidimensionalidade, definem-se como: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal de transição e eventos e pontos críticos (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Existem ainda, identificadas, condições facilitadoras e inibidoras da transição, podendo ser: pessoais (significados, crenças e atitudes culturais, nível socioeconómico, preparação e conhecimento), comunitárias (facilitadoras: suporte de amigos, pares e familiares, informações relevantes dos profissionais de saúde, conselhos de fontes fidedignas; inibidoras: insuficiência de recursos, a falta de sessões de educação para a saúde, suporte inadequado, conselhos não solicitados/negativos, informação insuficiente/contraditória) e sociais (marginalização, estigmas e papéis socialmente definidos) (Schumacher & Meleis, 2010). Existem ainda padrões de resposta enunciados, que se subdividem em indicadores de processo e de resultado, que auxiliam a avaliação dos enfermeiros (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Na avaliação dos indivíduos, membros das famílias, esta teoria foi considerada, uma vez que permite

compreender os elementos associados ao processo de transição, nomeadamente no que refere à transição para o envelhecimento.

O crescente envelhecimento populacional é uma realidade não só vivenciada em Portugal, como no Mundo em geral. Envelhecer é, por um lado, sinónimo de ganhos e sucesso, traduzido pela longevidade das pessoas e pelo seu compromisso com a vida e, por outro lado, remete para as exigências interdisciplinares que o avançar da idade acarreta, nomeadamente para os profissionais de saúde (Araújo et al., 2021).

O envelhecimento pode ser caracterizado como um processo normal de evolução, isto é, uma transição desenvolvimental, que acontece ao longo do ciclo de vida e que acarreta para os indivíduos um conjunto de mudanças morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas (Brito, 2012). Estas mudanças, associadas à prevalência de doenças crónicas e síndromes geriátricas, conduzem, progressivamente, à perda de capacidade de adaptação do indivíduo às exigências do meio no qual está inserido e a um aumento da probabilidade de acontecerem fenómenos de dependência no autocuidado (Gonçalves, 2013). Considerando este processo de envelhecer e a justificada perda de capacidade física e mental do indivíduo, a família constitui a primeira de linha de apoio e de cuidados à pessoa idosa (Alves, 2018). Desta forma, a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida tem vindo a assumir-se como a resposta aos desafios impostos pelo aumento da longevidade, surgindo na 73ª Assembleia Mundial da Saúde a proposta “*Decade of Healthy Ageing (2020-2030)*” (OMS, 2020). O objetivo é melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e da comunidade onde vivem, de modo a garantir que ninguém seja deixado para trás e que cada pessoa possa cumprir o seu potencial com dignidade e igualdade, num ambiente saudável (OMS, 2020).

De acordo com o relatório da Eurostat (2021), em 2020, constatou-se que 50,1% dos idosos residentes em Portugal, vivem em casal, mostrando que existem muitas famílias idosas no país. Segundo Relvas (2000), esta etapa em que o casal de idosos coabita, designa-se de “Envelhecimento” ou “Família idosa” e corresponde à etapa VIII do Ciclo Vital de Duvall (1977) (que vai desde a reforma até à morte de um dos cônjuges). Este último estadió do ciclo implica que os membros da família idosa adquiram tarefas essenciais para o desenvolvimento familiar: o ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (luto) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento; renegociação da relação do casal; ser capaz de deixar a sua casa de família ou adaptá-la às necessidades atuais (Relvas, 2000).

Atentando à perspetiva familiar sistémica, o envelhecimento afeta a composição familiar, o domicílio e as relações intergeracionais (Saad, 2016). Por um lado, tal como referido anteriormente, o envelhecimento assume-se como uma transição desenvolvimental para o indivíduo (Brito, 2012). Contudo, a ocorrência de um acidente ou o aparecimento de uma doença que gerem dependência no idoso, levam-no a vivenciar uma transição do tipo saúde-doença. Essa dependência conduz a que um outro membro da família

se encarregue de assegurar a prestação de cuidados necessários, assumindo um novo papel e vivenciando uma transição situacional. Relativamente à família, torna-se, muitas vezes, necessária uma reorganização familiar que exige novas tarefas e responsabilidades para os seus membros, atravessando esta uma transição organizacional (Gonçalves, 2013). Assim sendo, tal como refere Meleis (2010), o mesmo membro da família e a mesma família podem vivenciar mais do que uma transição ao mesmo tempo.

O processo de envelhecimento exige maior apoio e mais cuidado, advindo da família, no acompanhamento da vivência do idoso, na identificação de possíveis dificuldades e na promoção de melhores condições de vida. Derivado destas necessidades, alguns idosos tendem a manifestar ansiedade no processo de adaptação às mudanças em relação à incapacidade funcional, uma vez que esta obriga a reorganizações dos papéis familiares que outrora não desenvolviam (Rabelo & Neri, 2015). Esta dificuldade de adaptação manifesta-se não só no idoso, como também na família, já que todos os membros podem igualmente sofrer alteração de papéis e tarefas familiares devido, sobretudo, a terem de cuidar do membro idoso (Ângelo, 2000). Assim sendo, depreende-se que as alterações da estrutura familiar nesta etapa do ciclo de vida, caracterizam-se por transições relacionadas com o envelhecimento (Figueiredo et al., 2011). Nesta etapa do ciclo vital ressalta-se o entrecruzar de gerações, designado de etapa acordeão (Relvas, 2000). Na família entram novos membros (noras, genros e netos) e, concomitantemente, os idosos podem ausentar-se do seio familiar por situações temporárias de doença (Figueiredo et al., 2011).

Segundo Silva et al. (2015), no decorrer desta fase do ciclo vital, muitos idosos voltam a assumir o papel de cuidadores familiares, referindo-se aos avós que cuidam dos netos. Este papel, muitas vezes imposto socialmente, envolve preocupações constantes inerentes à sua função, nomeadamente com alimentação, saúde, educação e, para além disso, com a relação afetiva entre eles. Neste sentido, segundo o estudo dos mesmos autores, há idosos que experienciam essas relações como insatisfatórias, justificando-o com as diferenças de valores sociais e culturais entre gerações. Deste modo, entende-se que a relação dinâmica familiar pode apresentar-se como insatisfatória, tendo isso prejuízo na saúde física, psicológica e social dos seus membros. A reconstrução relacional intra e inter sistemas, associada às mudanças características desta etapa, constituem desafios importantes para as famílias, destacando-se as questões da conjugalidade, do envelhecimento e redefinição relacional (Figueiredo et al., 2011).

A reestruturação familiar e a reconstrução de novos padrões interacionais remete para a importância da manutenção do funcionamento do casal (Carter & McGoldrick, 1995). Geralmente, na terceira idade, a satisfação conjugal revela-se alta, contudo, pode trazer tanto benefícios como custos para a satisfação no relacionamento, nomeadamente no que refere à reorganização dos papéis domésticos, no qual a mulher vê o homem como uma ameaça e como

um intruso no seu espaço (Ward et al, 1993). Martins (2014) vem corroborar esta visão com situações exemplificativas, mencionando que a reflexão acerca dos papéis domésticos estabelecidos pode surgir devido à comparação que os idosos fazem com aqueles que são os papéis desenvolvidos pelos seus filhos (filho homem a cozinhar, genro a realizar a limpeza da casa). Por outro lado, segundo a mesma autora, a sensação de invasão do seu espaço e até de “desvalorização” do seu trabalho pode emergir resultado, por exemplo, da alteração da disposição de objetos ou modo de confecção das refeições por parte do companheiro. Num estudo desenvolvido por Kaufman e Taniguchi (2006) é relatado que os homens evidenciam níveis de satisfação conjugal superiores quando experimentam divisão igualitária de tarefas domésticas, enquanto, nas mulheres, não se verificou relevância estatística nesta relação. Nos idosos, a prevalência de doenças crônicas é severa. Segundo Schmaling e Sher (1997), a doença crônica pode afetar a satisfação conjugal, na medida em que esta pode levar a que exista uma alteração na distribuição das tarefas domésticas, sobrecarregando o membro do casal saudável. Por outro lado, Helms et al. (2010), relatam que a satisfação conjugal sentida por ambos os membros do casal é maior quando existe uma divisão mais semelhante e justa das tarefas. Atendendo à idade idosa, a divisão do trabalho doméstico altera consoante o envelhecimento do casal, sendo que, habitualmente, o primeiro membro do casal a reformar-se é quem acaba por ficar responsável pela maioria das tarefas domésticas, independentemente de este ser homem ou mulher (Leopold e Skopek, 2016). Contudo, a percepção de satisfação conjugal não parece estar intimamente relacionada com a divisão do trabalho doméstico em si, mas sim com a percepção de justiça nessa mesma divisão (Ruppner, 2008).

O tempo que passam juntos assume-se como uma variável importante na manutenção de um relacionamento e na preservação da qualidade da relação (Aron et al., 2000), que culmina numa maior satisfação conjugal. Driver e Gottman (2004) afirmam que se no quotidiano os membros do casal passarem tempo juntos e se esses momentos se revelarem positivos, existirá um aumento na afeição e no humor durante os conflitos. Taniguchi (2006) defende que os casais que se reformam mais cedo reportam maior nível de satisfação conjugal, uma vez que lhes é possibilitado passarem mais tempo juntos, estando ainda ativos e capazes de aproveitar esse tempo em diferentes atividades. Com o avançar da idade, quando um dos membros do casal adoece, a possibilidade de aproveitarem o tempo juntos é alterada, dado que, por exemplo, é comum a pessoa doente evitar convívios sociais (Menezes, 2008).

A expressão de sentimentos e emoções é considerada um fator fulcral na manutenção das relações e, conseqüentemente, no aumento de satisfação conjugal (Carstensen et al., 1995). Nesta partilha, a compreensão e validação do cônjuge desenvolve, no casal, aceitação, valorização e felicidade, melhorando a satisfação no relacionamento (Gordon & Baucom, 2009; Sardinha et al., 2009). Quando se aborda a questão da expressão emocional, o género é uma variável a considerar, uma vez que as mulheres são caracterizadas como sendo mais expressivas,

partilhando aquilo que sentem com mais facilidade (Rauer & Volling, 2005). Para as mulheres, a satisfação conjugal é altamente influenciada pela manutenção de uma boa comunicação entre o casal, contemplando a capacidade do parceiro em ser bom ouvinte e, por outro lado, em ser capaz de se expressar (Davis & Oathout, 1987), privilegiando estas, segundo Boden et al. (2010), a proximidade emocional. Desta forma, a dificuldade masculina na expressão de sentimentos e emoções, revela-se um entrave em níveis altos de satisfação conjugal sentida pela mulher, sendo que o inverso não é verificado pelos homens (Cordova et al., 2005). Segundo o estudo desenvolvido por Afonso (2018), a saída dos filhos de casa conduz a que o casal experimente um decréscimo na expressão de sentimentos, emoções e pensamentos.

Outro dos fatores que influencia a satisfação conjugal percebida pelo casal é a correspondência ao esperado pelo outro (Norgren et al., 2004), isto é, existir congruência entre as expectativas e aspirações que ambos têm (Campbell et al., 1976; Chadwick et al., 1976; Gottman & Krokoff, 1989; Lewis & Spanier, 1979; Rollins & Cannon, 1974). A reestruturação conjugal depende da qualidade do casamento, aliando-se a percepção de cada um dos membros do casal sobre o presente vivido e as expectativas futuras enquanto subsistema (Relvas, 2000). Öner (2000) menciona que o facto de existir receio com o futuro da relação surge associado tanto a níveis inferiores de satisfação conjugal, como, segundo Sakalli-Ugurlu, (2003), a níveis superiores. Öner (2000) estabelece a distinção entre expectativas e receios futuros negativos e positivos: antecipar e planear o futuro da relação, tem um efeito negativo na mesma e, por outro lado, uma orientação futura, no geral, conduz a uma relação mais estável. As expectativas de eficácia, isto é, crenças de que determinadas atividades irão ser bem realizadas (Noller et al., 2014), potenciam uma boa resolução de problemas e aumentam a satisfação conjugal (Grych & Fincham, 1990). Nesta fase do ciclo de vida, um dos receios que surge com maior frequência nos membros deste tipo de famílias é o receio de ficar dependente, decorrente do envelhecimento e conseqüente aparecimento de doença que cause incapacidade (Martins, 2014).

A intensidade dos conflitos tem uma relação inversa com a satisfação conjugal (Huston & Vangelisti, 1991). Os casais que apresentam problemas de comunicação têm tendência a experienciar mais conflitos (Birchler et al., 1975). Segundo a literatura, a forma como o conflito é resolvido influencia a comunicação do casal (Storaasli & Markman, 1990), uma vez que o conflito pode intensificar a relação pela forma como é encarado e resolvido (Veroff et al., 1997). Os homens tendem a centrar-se mais nas questões externas à relação durante a discussão, enquanto as mulheres procuram manter o foco nas questões internas (Heyman et al., 2009). A ofensa, o evitamento e a violência, estão associados a casais mais insatisfeitos (Bertoni & Bodenmann, 2010). Os casais com mais idade tendem a apresentar uma regulação emocional imediatamente após o conflito, sendo capazes de transformar conflitos em desentendimentos com argumentos não tão negativos (Carstensen et al., 1995; Levenson et al., 1993). Gottman e

Silver (2001) mencionam que o casal deve abordar o problema ou conflito de uma forma suave, procurar adotar tentativas de reparação, tranquilizarem-se mutuamente, estabelecer compromissos e serem tolerantes com os defeitos do parceiro/a. Os casais que manifestam níveis mais altos de satisfação conjugal têm o desejo de resolver os seus problemas de forma positiva e eficaz, promovendo a escuta e compreensão do outro (Noller et al., 2014).

Outro aspeto evidenciado na literatura, sugere que muitos idosos relatam tristeza e sentimento de abandono relacionado com o afastamento dos filhos nesta fase de vida (Reis et al., 2015; Faller et al., 2017). Para que exista satisfação conjugal, é imprescindível que a comunicação entre o casal seja eficaz, sendo que esta eficácia na comunicação pode ser traduzida pela existência de compreensão, concordância, partilha, compatibilidade, honestidade, respeito, amor, investimento, afeto, amizade, companheirismo, intimidade e fidelidade (Hernandez et al., 2003). As famílias que manifestam um funcionamento mais equilibrado, apresentam uma comunicação mais positiva e vice-versa (Olson, 2000; Olson & Groll, 2003). Os casais que apresentam problemas de comunicação tendem a experimentar conflitos com maior frequência (Birchler et al., 1975). Muitas das vezes a relação conjugal pode ser percebida como insatisfatória para o casal pelo facto de ambos saberem apenas falar em demasia e não utilizarem o silêncio e as pausas, não tendo capacidade para ouvir (Minicucci, 1985). O padrão de comunicação de casais satisfeitos é caracterizado por ser construtivo, ou seja, evita padrões negativos de resolução de divergências, enquanto que os casais mais insatisfeitos manifestam estilos de resolução de problemas com recorrência da retirada e com ofensa (Bertoni & Bodenmann, 2010; Birchler & Webb, 1977; Fincham & Bradbury, 1992; Holtzworth-Muroe & Jacobson, 1985; Houts et al., 2008; Sanford, 2003) e também caracteriza-se por ser pouco clara, com falsas interpretações e pouco empática (Menezes, 2008). A literatura sugere que em casamentos de longa duração, como é o caso das famílias englobadas neste relatório, existe uma maior prevalência de padrões de comunicação de procura/retirada mais inflexíveis (Eldridge, et al., 2007), sendo que a influência do padrão de comunicação na satisfação conjugal parece ser mais significativa nas mulheres, do que nos homens (Faulkner et al., 2005). Apesar da capacidade de comunicar se manter relativamente estável ao longo de toda a vida adulta, é no envelhecimento que normalmente surgem algumas alterações decorrentes da dificuldade dos idosos em compreenderem mensagens longas ou complexas e em tardarem a reproduzir nomes ou termos específicos (Spar & La Rue, 1998).

Atentando à dimensão estrutural, a avaliação do rendimento familiar destas famílias é outra área de atenção a considerar pelo enfermeiro aquando da sua avaliação, constituindo-se como um fator influenciador das condições de vida dos membros da família (Hanson, 2005). A entrada na reforma pode ser sinónimo de entrada no estatuto de idoso (Sousa et al., 2006), sendo que uma das mudanças que surgem nesta passagem é a diminuição de rendimentos (Fonseca, 2006).

Segundo o estudo desenvolvido por Nogueira et al. (2022), cerca de 71% dos idosos que compunham a amostra mostravam-se insatisfeitos com os rendimentos mensais, uma vez que, também para a grande maioria, os mesmos eram considerados baixos. Estes dados vêm corroborar a informação constante no INE (2023), que mostra que, em Portugal, os idosos são um dos grupos mais vulneráveis no que se refere a questões económicas, apresentando maiores dificuldades em aceder a recursos. De acordo com Figueiredo et al. (2018), um rendimento familiar baixo pode ter influência na consciencialização dos idosos para as necessidades em saúde, na adesão aos tratamentos e na manutenção de estilos de vida saudáveis que promovam o envelhecimento ativo.

Relativamente aos desafios inerentes ao envelhecimento e à possibilidade de ocorrência de acidentes por todas as alterações decorrentes do avançar da idade, um dos que se destacam são as quedas (Duarte et al. 2018). Segundo o relatório da OMS (2010), aproximadamente 28 a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano, subindo essa proporção para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos (OMS, 2010). Em Portugal, a queda também surge como a principal causa de lesão acidental, estimando-se que os acidentes na população acima dos 65 anos acontecem maioritariamente em casa, sendo as quedas muito frequentes, em especial nos indivíduos com 75 ou mais anos, representando mais de 90% de todos os acidentes registados (Venegas, 2018). Mais de um terço dos idosos caem todos os anos e, quem sofre uma queda, apresenta um risco acrescido para voltar a cair no ano seguinte de cerca de 60 a 70%. As quedas representam 10% das idas ao serviço de urgência e, destas, 6% são motivo de internamento (Secretaria Regional da Saúde, 2019). Adicionalmente, as quedas podem também resultar em síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda de autonomia, confusão, depressão, entre outros. Se acontece um evento gerador de dependência, como a queda, torna-se necessário que a família se adapte e que redefina papéis familiares, nomeadamente o papel de prestador de cuidados (Brito, 2012). Para além da redefinição de papéis na família, as quedas podem ter as seguintes consequências a nível familiar: mudança de domicílio ou alterações na estrutura física do mesmo (Maia et al., 2011), alterações no relacionamento familiar, dificuldades financeiras e isolamento. Assim, depreende-se que as quedas não têm apenas consequências para o indivíduo, mas também para a família da qual faz parte (Xavier et al., 2003).

No trabalho desenvolvido por Brito (2012), fica claro que as exigências de assumir o papel de familiar cuidador não são percebidas como um evento gerador de múltiplos desafios, pelo que emerge a necessidade de promover a consciencialização das famílias relativamente às implicações que o assumir desse papel traz para a dinâmica familiar. Estas implicações e necessidades compreendem aspetos materiais, emocionais, financeiros e aquisição de conhecimentos, trazendo, quase inevitavelmente, consequências negativas para as relações familiares (Joia et al., 2007). Para além disso, nesta linha, Brito (2012), refere que,

tendencialmente, o membro da família que assume o papel de cuidar substitui ou complementa aquilo que a pessoa dependente não consegue fazer, descurando o potencial de reconstrução da autonomia (Brito, 2012). Assim, esta perda de autonomia por parte do idoso, apresenta consequências negativas na sua qualidade de vida, mas também na daqueles que o rodeiam, nomeadamente nos seus cuidadores ou familiares, que passam a ter novas exigências em torno de cuidados especiais, adequando toda a rotina em função da recuperação ou adaptação após a queda.

Importa ainda salientar que, segundo Mark et al. (2020), a maioria da população idosa quando experimenta uma queda não procura os profissionais de saúde de imediato nem aborda o evento no ambiente da consulta. Estes escondem muitas vezes os eventos de queda pela vergonha de assumir as suas limitações (Mendes et al., 2022). Dolan e Taylor-Piliae (2020) acrescentam ainda que nem todos os idosos estão preocupados com a possibilidade de cair, mesmo que já tenham caído recentemente, desvalorizando o seu risco de queda e acreditando que as quedas são um acidente e não são passíveis de serem prevenidos. Em adição, no trabalho desenvolvido por Brito (2012), está espelhado que a ocorrência de quedas apresenta um baixo nível de consciencialização por parte das pessoas com limitações na mobilidade, como é o caso dos idosos.

As causas do evento quedas em idosos pode ser o resultado da interação de vários fatores, sendo estes: intrínsecos, extrínsecos e/ou comportamentais. Os fatores de risco intrínsecos ao idoso são imutáveis e incluem, sobretudo, aspetos diretamente relacionados com o envelhecimento, como por exemplo: idade, alterações no equilíbrio e marcha, défices visuais, diminuição da força muscular, redução do tempo de reação, problemas cognitivos, doença crónica e a polimedicação. Para além destes, a nível intrínseco, inclui-se o medo de cair e o grau de dependência (Secretaria Regional da Saúde, 2019).

Por outro lado, surgem os fatores extrínsecos de risco de queda que remetem para aqueles que envolvem o ambiente em que o idoso se encontra. Dentre estes fatores, encontra-se a iluminação deficiente, pisos irregulares e/ou escorregadios, degraus estreitos e altos, ausência de corrimão (casa de banho, escadas), tapetes soltos, obstáculos (móveis, fios, tubos), calçado e roupa inadequados e dispositivos de apoio à marcha mal adaptados ou inadequadamente utilizados (Secretaria Regional da Saúde, 2019). As quedas em idosos são frequentemente associadas ao sentimento de constrangimento, pois alguns não aderem às estratégias de prevenção de quedas, como a utilização de bengala e outros dispositivos, por sentirem vergonha (Mendes et al., 2022). A presença de animais de estimação no domicílio é considerada outro importante fator de risco de queda nos idosos (Teixeira et al., 2019). Segundo Pinho et al. (2012), o idoso passa a maior parte do tempo em casa e, portanto, a adequação e segurança do edifício residencial da família torna-se impreterível na diminuição do risco extrínseco associado à queda. Sousa et al. (2016), referem que as principais medidas preventivas de queda

no idoso, devem ser concretizadas no edifício residencial deste, sendo que, para tal, são realizadas visitas domiciliárias à família, a fim de incluir todos no cuidado e na atenção aos fatores de risco. Desta forma, o enfermeiro atua com intervenções de educação para a saúde, aconselhamento sobre modificações no edifício residencial e no reforço comportamental (Sousa et al., 2016), bem como na referência e articulação com outras equipas de saúde e recursos na comunidade.

Por último, os fatores de risco comportamentais incluem aspetos como a prática de uma alimentação pouco saudável, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo (Secretaria Regional da Saúde, 2019) que, à semelhança dos anteriores, são passíveis de serem modificados ou diminuídos.

Atendendo ao supracitado e considerando a matriz operativa do MDAIF, entende-se que a avaliação e intervenção na dimensão estrutural de famílias idosas é crucial, sobretudo no que se refere ao Edifício Residencial e à Prevenção de Segurança. Segundo Figueiredo (2012), na avaliação do edifício residencial, surge a verificação das barreiras arquitetónicas que, no caso de existirem, o enfermeiro deve direcionar a sua avaliação para o conhecimento da família na adaptação às mesmas, no âmbito da Prevenção de Segurança. A avaliação do Edifício Residencial das famílias tem fraca visibilidade pública em Portugal (Fonseca, 2023). Segundo o mesmo autor, devem ser criadas condições em casa das famílias com idosos, para que estes aí permaneçam à medida que envelhecem, uma vez que é neste local que subsistem as memórias e é permitido que o idoso sinta que controla a sua vida. Segundo Figueiredo (2012) e atendendo àquilo que explana na matriz operativa do MDAIF, é essencial ter em conta quatro focos aquando da avaliação do edifício residencial: as barreiras arquitetónicas, o aquecimento, o abastecimento de gás e a higiene da habitação. Para além disso, o modelo prevê que se avalie a prevenção de segurança, nomeadamente o conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento e gás e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. No caso dos idosos, as barreiras arquitetónicas estão intimamente relacionadas com o risco de queda. Para tal, segundo o *"Home Safety Self-Assessment Tool"* (HSSAT) (Tomita et al., 2014), instrumento direcionado para avaliação das barreiras arquitetónicas no domicílio, devem ser avaliadas as características de todos os espaços do edifício residencial: entrada principal, entrada traseira, hall de entrada/corredor, sala de estar, cozinha, quarto, casa de banho, escadas e lavandaria/cave. Em todas estas divisões (conforme aplicável), devem ser avaliados os seguintes perigos potenciais: falta de corrimãos, degraus inseguros, falta de iluminação, acesso difícil aos interruptores, pavimentos irregulares/escorregadios, falta de barras de apoio, presença de tapetes, presença de cabos elétricos no chão, mobiliário instável, espaço insuficiente para movimentação, armários muito altos/baixos, utilização de banco/cadeira para alcance de objetos, altura da cama, altura da sanita, banheira de acesso alto, entre outros. O tipo de aquecimento e o tipo de abastecimento de gás do edifício

residencial são também alvo de avaliação por parte do enfermeiro de família e remetem, sobretudo, para uma instigação acerca do conhecimento da família sobre a utilização, acondicionamento e gestão destes sistemas (Figueiredo, 2012). Por último, relativamente à higiene da habitação, a mesma contempla a avaliação da organização, limpeza e presença de insetos ou roedores, elementos essenciais para reduzir o risco biológico do edifício residencial (Figueiredo, 2012). Para além disso, a desarrumação também se assume como um fator preditor da queda (Tomita et al., 2014). Neste sentido, torna-se crucial inferir sobre as competências da família relativas à manutenção de segurança do ambiente, visando a prevenção de riscos e acidentes que comprometam a saúde da família (Figueiredo, 2012), como é o caso da queda.

Assim, as respostas da família e seus membros a todas as transições que sucedem e/ou podem suceder, decorrentes do envelhecimento traduzem-se, sobretudo, na própria identidade, nos padrões de comportamentos, na aquisição de novas capacidades e conhecimentos e na transformação das relações familiares (Gonçalves, 2013). As fragilidades evidenciadas nas relações entre o idoso e a família, bem como as questões relativas à satisfação conjugal, carecem de atenção por parte dos profissionais de saúde, de forma que se identifiquem insuficiências familiares e se delineiam estratégias resolutivas para promoção de relacionamentos saudáveis entre os membros da família (Silva et al., 2018). O grande objetivo dos enfermeiros de família, em famílias compostas por idosos, passa por trabalhar em parceria com os seus membros, de maneira que se mantenha o seu bom funcionamento, se restaure a saúde e se evite, ou reduza, os efeitos da doença nos membros de maior idade (Hanson, 2005). Para além disso, tem vindo a ser frequente, em contexto familiar, serem os idosos a cuidar de outros idosos, nomeadamente os cônjuges (Alves, 2018). Relativamente a este papel de prestador de cuidados, torna-se premente a necessidade de entender o modo como o idoso que cuida de outro idoso percebe a dinâmica familiar e os tipos de apoio recebidos, a fim de compreender a organização da família que está por detrás da satisfação das necessidades da pessoa dependente e, assim, promover o bem-estar de todos os membros (Lins et al., 2018). À medida que a idade avança, a rede social diminui e, por isso, tendencialmente, os cuidadores idosos privilegiam o conforto emocional e os relacionamentos mais próximos em detrimento da procura por informação proveniente, muitas vezes, de relacionamentos periféricos (English & Carstensen, 2014). Devido às limitações que acarreta a idade, frequentemente, os idosos não manifestam capacidade para cuidar do cônjuge idoso, o que pode originar sentimentos de ineficácia (Fuller-Iglesias et al., 2015). A satisfação com a dinâmica familiar, por parte dos cuidadores idosos, apresenta relação estreita com a qualidade dos apoios emocional, instrumental e material recebidos, especialmente no que refere a outros membros da família (Lins et al., 2018). De acordo com Figueiredo (2012), os obstáculos na família, relativos à prestação de cuidados, relacionam-se, maioritariamente, com a falta de conhecimento, de recursos e suporte social. Segundo Pereira (2012), a procura por recursos na comunidade indicam um processo de transição para o papel de prestador de cuidados facilitado, uma vez

que pode ser espelho da sua capacidade em ultrapassar as adversidades inerentes ao papel. Posto isto, a avaliação do Papel de Prestador de Cuidados, nas famílias, deve garantir a interligação entre a família, o prestador de cuidados e a pessoa dependente, nunca descurando aquela que se assume como a estrutura familiar, o seu desenvolvimento, as suas crenças, os seus valores e o seu padrão interacional, permitindo identificar forças e recursos da família, conducentes à resolução de problemas (Figueiredo, 2012).

Referente à dimensão funcional, importa ainda, neste tipo de famílias, avaliar o Processo Familiar, sendo que o *Coping* Familiar e Interação de Papéis Familiares se assumem como prioritários. Relativamente ao *Coping* Familiar, sabe-se que é importante que as famílias e os seus membros adotem estratégias de resolução de problemas eficazes, já que estas poderão permitir uma evolução positiva no seio familiar, gerando oportunidades de mudança e um nível de funcionamento diferenciado e complexo (Figueiredo, 2012). No que se refere à Interação de Papéis Familiares, esta não se centra apenas no papel de prestador de cuidados, mas também noutros papéis fundamentais à harmonia familiar: papel de provedor, de gestão financeira, de cuidado doméstico, recreativo e de parente (Figueiredo, 2012). Importa esta avaliação, não só em famílias onde existe um membro idoso dependente que, outrora, assumia papéis que já não é capaz de garantir pelas limitações da idade ou doença, como também em todas as outras famílias nucleares com membros idosos.

Desta forma, os enfermeiros de família têm de intervir nas famílias de idosos através do aconselhar, apoiar e interceder, naquilo que são os seus problemas, comunicando de forma atenta e clara (Hanson, 2005). De acordo com Schenker & Costa (2019), a qualidade dos cuidados e da promoção à saúde da população idosa está limitada, destacando-se como motivo as dificuldades das equipas de Saúde Familiar em lidar com as especificidades das dinâmicas familiares. Um dos fatores que contribui para este aspeto, poderá prender-se com o facto de existirem poucos EEECSF a exercer funções nas USF. Assim, tendo por base o MCAF, o MCIF e o MDAIF, torna-se impreterível que os EEECSF tenham um olhar sistémico sobre a família, no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento (Wright & Leahey, 2012; Shajani & Snell, 2019, como citado em OE, 2023), para que possam atender, de forma holística, às suas necessidades e às necessidades dos seus membros. Importa, também, realçar o impacto na família dos problemas de saúde individuais dos seus membros. A saúde e a doença são conceitos relevantes na família, sendo que a mesma é afetada quando um dos seus membros vivencia problemas de saúde, alterando o estado de bem-estar de todos. A saúde e os comportamentos individuais têm implicações na família como um todo, nomeadamente no que se refere à resolução dos problemas. Sob o ponto de vista da intervenção dos profissionais de saúde, a eficácia dos cuidados é melhorada quando o ênfase é colocado sobre a família e não apenas no indivíduo (Wright & Leahey, 2012).

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Tal como o título indica, no presente capítulo encontram-se explanadas as atividades desenvolvidas no decorrer da componente clínica. As atividades remetem, por um lado, ao desenvolvimento de competências relacionadas com a prestação de cuidados às famílias e aos seus membros individualmente e, por outro lado, à aquisição de competências no âmbito da liderança e colaboração nos processos de intervenção na área da ESF. Neste capítulo, estão espelhadas as competências comuns e específicas do EEECESF, desenvolvidas no decorrer da componente clínica que permitem considerar a família como unidade de cuidados e promover a sua capacitação, focando-se na família como um todo e nos seus membros, individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições, bem como gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família (OE, 2018; OE, 2019a).

3.1 Prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros

É premente que o EEECESF estabeleça uma relação com a família com vista à promoção da saúde, à prevenção de doenças e controlo de situações complexas que constituem objetivos clínicos concretizáveis 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, ainda, da facilitação da resposta da família em situação de transição complexa. Todas estas atividades desenvolvidas pelo EEECESF devem culminar num envolvimento ativo e intencional, na prática de enfermagem de saúde familiar, baseado na melhor evidência científica disponível, sempre em colaboração com a família e os seus membros, garantindo a monitorização e avaliação das respostas da família, às intervenções de enfermagem (Regulamento nº 428/2018) (OE, 2018).

No que se refere à deontologia que rege a prática de enfermagem (OE, 2015b), importa realçar que todas as atividades desenvolvidas com as famílias, na componente clínica, assentaram no

respeito pela liberdade e dignidade humanas. Para além disso, em toda a conduta, prevaleceu a consideração pelos valores humanos, pelos direitos à vida e qualidade de vida, pelo direito ao cuidado e, ainda, pelo dever de sigilo e de informação.

Desta forma, ao longo das consultas, para além da minha apresentação pessoal enquanto enfermeira e mestranda, foi explicado à família e aos seus membros o objetivo da consulta, solicitado consentimento verbal para acompanhamento dos mesmos no processo de saúde e, ainda, garantida a confidencialidade de todos os dados que, eventualmente, os pudessem identificar. Para tal, a cada uma das quatro famílias foi-lhes atribuído um nome de um continente (Europa, Ásia, África e América) e, aos seus membros, nomes de países que, geograficamente, são pertencentes ao respetivo continente.

3.1.1 Avaliação e Intervenção de Enfermagem em Famílias Nucleares com Membros Idosos: Seleção das Famílias e Recursos Utilizados

Tal como evidenciado no capítulo anterior, quer o MCAF e MCIF (Wright & Leahey, 2012), quer o MDAIF (Figueiredo, 2012), são modelos teóricos de excelência a adotar na ESF. Posto isto, o alicerce teórico e a mobilização do conhecimento aquando da prestação de cuidados realizada às quatro famílias assenta nestes referenciais. Figueiredo (2012) caracteriza a matriz operativa do MDAIF como flexível e dinâmica, tendo a sua operacionalização permitido, na prestação de cuidados, uma avaliação e intervenção familiar integral às famílias nucleares com membros idosos retratadas no presente relatório. Concomitantemente, a avaliação e intervenção de enfermagem dirigida aos membros das famílias teve por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), permitindo a mesma atentar à sua natureza (tipos, padrões e propriedades), condicionantes facilitadores e inibidores (pessoais, comunidade e sociedade) e padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) da(s) transição(s) vivenciada(s) pelos indivíduos. Atendendo às características que definem a unicidade de cada uma das famílias, e de cada um dos seus membros, foram utilizados recursos que permitiram tornar o processo de enfermagem e os planos de cuidados personalizados, quer através de uma colheita de dados minuciosa, quer através de intervenções produtoras de resultados positivos na saúde dos clientes.

A avaliação de enfermagem foi, também, realizada com recurso a instrumentos, quer seja da família, quer seja dos membros individuais, sendo que cada instrumento detém especificidades e limitações (Rouso & Angelo, 2001), pelo que uma avaliação complementar realizada pelo

enfermeiro com recurso a outras ferramentas torna-se crucial. Estes instrumentos devem ser utilizados de forma integrada, servindo assim de recurso à recolha de dados, potenciando a interação entre o enfermeiro e a família e permitindo que a família se conheça (Jordão, 2019). Os instrumentos inerentes à matriz operativa do MDAIF utilizados foram: o Genograma, o Ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), Escala de Avaliação do APGAR Familiar de Smilkstein e o HSSAT.

O genograma proporciona uma representação gráfica da família e permite a compreensão da dinâmica familiar através de um meio visual de organização dos dados (Duhamel & Dupuis, 2004; McGoldrick et al., 2012), como composição da família, relacionamentos entre os membros da família e padrões hereditários e/ou comportamentais, que podem ter impacto na vida individual e familiar (Figueiredo, 2012). Pode ser utilizado para análise e reflexão sobre um problema presente na família e pode facilitar a decisão das intervenções a implementar (Moimaz et al., 2011). Por sua vez, o Ecomapa, procura representar a família ou o indivíduo em relação à comunidade (Hanson & Kaakinem, 2005), permitindo explorar as suas ligações com o meio externo e rede social (Figueiredo, 2012). Através da análise da informação que consta no ecomapa, é possível perceber se a família tem ou não ligações a recursos comunitários, sabendo que, se existirem escassas conexões, há uma maior necessidade de intervenção dos profissionais de saúde em prol do bem-estar familiar (Moimaz et al., 2011). Atendendo à Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), é um instrumento de estratificação social, isto é, possibilita a definição da classe social da família através da recolha de dados consoante cinco critérios que definem as condições socioeconómicas da família, nomeadamente profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência (Sousa et al., 2010). Através desta escala, torna-se possível inferir acerca do estatuto socioeconómico da família e se o mesmo se assume como um dificultador ou facilitador em termos de acessibilidade a recursos e manutenção de bem-estar (Silva, 2021), bem como, obter dados importantes que constituem critérios de diagnóstico de algumas áreas da dimensão estrutural do MDAIF. Por último, nestes que são os instrumentos inerentes ao MDAIF, a Escala de Avaliação do APGAR Familiar de Smilkstein, é um questionário com pontuação associada que quantifica a perceção que a pessoa tem da sua família (Moimaz et al., 2011) e classifica-a em altamente funcional, família com moderada disfunção ou família com disfunção associada (Caeiro, 1991). Esta escala possibilita, ao avaliador, perceber a satisfação dos membros da família inerente ao cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo APGAR: Adaptação, Participação, Crescimento (Growth), Afeição e Resolução (Sousa et al., 2010). Por fim, decidiu-se utilizar o HSSAT (Tomita et al., 2014), na medida em que este instrumento permite avaliar os fatores extrínsecos que predispõem a queda no domicílio, local onde ocorre a maior parte das quedas nos idosos. Segundo o autor, este instrumento visa: aumentar o conhecimento sobre a segurança doméstica e identificar fatores de insegurança; desenvolver planos de segurança e definir atividades seguras; e, reduzir o risco de queda dos idosos no

domicílio (Tomita et al., 2014). Desta forma, considerou-se uma mais-valia a sua utilização, que vem complementar a avaliação da área da Prevenção de Segurança, sobretudo no que se remete à adaptação às barreiras arquitetónicas, incluída na matriz operativa do MDAIF.

No que concerne a outro tipo de recursos, um dos mais utilizados foi a Entrevista Familiar Sistémica (EFS) que, em qualquer que seja o contexto clínico, se assume como fundamental no acolhimento, na avaliação e na condução de todo o processo terapêutico, até ao seu encerramento. Alicerçada nos pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas e da Teoria da Comunicação e baseada na causalidade circular, complexidade, reciprocidade, globalidade, totalidade, multicausalidade, entre outros (Zordan et al., 2012), a EFS permite que o enfermeiro promova a expressão das preocupações atuais dos membros da família, a fim de compreender a mesma e, por outro lado, também às partes da família, ser-lhes-á possível instigar e refletir acerca das próprias inquietações (Friedman et al., 2003). Segundo Santos (2019) e Figueiredo (2022), a EFS é composta por quatro etapas: acolhimento (deve ser criado um ambiente terapêutico e um relacionamento positivo com os membros da família), avaliação (permite explorar e identificar o problema e as forças da família/pontos fortes (diagnósticos); relacionar e interagir com os membros da família, percecionando problemas e explorar o objetivo), intervenção (definem-se áreas para a mudança) e finalização (avaliação dos resultados). Carece salientar que, no decorrer da EFS, o enfermeiro de família deve ter por base os princípios de circularidade e neutralidade, bem como a elaboração de hipóteses sistémicas na intervenção junto das famílias (Duhamel, 1995; Wright & Leahey, 2012). O princípio da circularidade refere-se ao fenómeno da retroação entre os membros da família e entre esses e o enfermeiro, isto é, na troca de informação entre o enfermeiro e o sistema familiar e entre os diferentes membros da família que influenciam cada uma das pessoas (Duhamel, 1995). Está intimamente relacionado com o questionamento circular, a fim de se alcançarem respostas e permitindo que cada membro da família exponha a sua perceção sobre a relação familiar (Figueiredo, 2022). É igualmente fundamental que o profissional seja imparcial ao longo de toda a entrevista, respeitando assim o princípio da neutralidade, referindo-se este à interação com os membros da família e o enfermeiro, respeitando a “realidade” de todos os envolvidos, de forma que cada um possa afirmar que o enfermeiro não defende um membro em detrimento de outro (Galera & Luis, 2002). Por último, a hipotetização está relacionada com a formulação de uma hipótese baseada na informação prévia sobre a família, denominada de hipótese sistémica. Esta é formulada através da informação recolhida junto à família, de modo que possa espelhar a coerência da organização circular dos elementos do sistema familiar (Boscolo & Bertrando, 2013). A hipótese sistémica constitui uma suposição, sem valor de verdade ou falsidade, que tem, como objetivo ser comprovada ou refutada (Figueiredo, 2022).

Tal como refere Figueiredo (2012, p. 72), “A utilização do questionário sistémico e de técnicas ativas e interacionais promovem a cocriação de novas visões normalizadoras do funcionamento familiar.”. O pressuposto central do pensamento e da intervenção sistémica é a complexidade, sendo que esta se diferencia de outras abordagens terapêuticas, apoiando-se em técnicas, como a conotação positiva e o reenquadramento (Sequeira & Alarcão, 2015). Assim sendo, foram utilizadas técnicas transversais (questões lineares, escala, circulares e reflexivas), bem como técnicas específicas (Reenquadramento/Conotação Positiva, Metáfora, Ritual Terapêutico, Prescrição Paradoxal) consideradas pertinentes e fulcrais aquando da avaliação e intervenção familiar.

Analisando aquelas que são as técnicas transversais, o questionamento linear tem como principal finalidade definir o problema, criando um contexto favorecedor da mudança pela aproximação dos membros da família (Tomm, 1988; Figueiredo, 2012; Zordan et al., 2012). Por sua vez, as questões reflexivas, apresentam como objetivo facilitar a coconstrução de novas visões, isto é, fomentar a alteração de pontos de vista dos membros da família e, conseqüentemente, o seu comportamento (Virgolino, 2008; Figueiredo, 2012). O questionamento circular pressupõe a indagação de interações entre os membros da família com o intuito de obter informação que dê sentido à hipótese sistémica inicial, sempre com base nos princípios da circularidade e neutralidade (Zordan et al., 2012). Por fim, resta definir as questões de escala que foram recrutadas para quantificar sintomas ou situações, visando que os membros da família percecionem mudanças e reflitam sobre a solução do sintoma (Jong & Berg, 2013).

Relativamente às técnicas específicas, a Conotação Positiva é uma técnica de intervenção interacional que remete à atribuição de motivações positivas à família, evitando a utilização de juízos de valor, críticas e o confronto a todos os membros (Pereira, 2009). Permite a valorização não do sintoma em si, mas sim a sua relação com outros comportamentos mais importantes, para os quais ele funciona como solução, isto é, foca-se nas causas positivas do problema, em detrimento das causas negativa (Pereira, 2009). Esta técnica promove o envolvimento de toda a família colocando todos os membros no mesmo plano, na medida em que são complementares em relação ao sistema, fazendo-a sentir-se compreendida e apoiada (Pereira, 2009), fortalecendo a coesão familiar (Williams & Auburn, 2016). Por sua vez, a técnica do Reenquadramento visa modificar a narrativa da família, dando-lhe um novo significado, isto é, permite a construção de significados e leituras alternativas para os problemas, ideias ou crenças dos membros da família (Pereira, 2009) e, deste modo, a mudança é favorecida (Kelly, 2020). Assim, à semelhança da Conotação Positiva, o Reenquadramento assume-se como um método de interpretar determinadas situações ou acontecimentos (Weeks & D'Aniello, 2017). Atentando na Metáfora, esta técnica de intervenção permite auxiliar a família a identificar semelhanças entre as suas relações interpessoais, objetos ou situações, fazendo com que se

desenvolva uma maior consciência relativamente ao seu contexto familiar (Rasheed et al., 2011). Assim, o profissional, ao abordar situações que possam estar a afetar negativamente a família, através de uma palavra, frase, memória ou história, está a fomentar que os seus membros percecionem aquilo que querem exprimir, mas que, por algum motivo, se torna difícil de expressar de forma literal (Lichtenberg, 2009; Angus, 2018; Zuluaga et al., 2019). As metáforas são aplicadas em interpretações sistémicas do comportamento sintomático, conduzindo a um incremento da empatia entre os membros da família (Pinheiro-Carozzo et al., 2020). O Ritual Terapêutico é prescrito com o objetivo de fornecer clareza nas relações familiares, possibilitando abordar o conflito entre as regras familiares em curso, com o intuito de garantir a mudança de comportamentos, em vez do entendimento sobre os mesmos (Wolin & Benett, 1984). Os rituais poderão ou não integrar a rotina da família, mas são vistos como úteis para a mesma em determinado momento (Figueiredo & Dias, 2023). A Prescrição Paradoxal baseia-se numa diretiva ou sugestão para que os membros da família continuem com o seu comportamento sintomático, colocando, nestes, a responsabilidade do sintoma e das suas consequências (Barker, 2000). Assim, o profissional que aplica esta técnica não exerce uma ação direta no sistema (Minuchin & Fishman, 2007), mas atua no sentido de tornar voluntário um comportamento que, até aí, era considerado indesejável pelos membros da família, sendo possível transformá-lo, controlá-lo e defini-lo (Murteiro & Figueiredo, 2023).

Na perspetiva individual, recorreu-se à Entrevista Motivacional (EM), à Escala de Morse, ao Índice de Barthel e à Escala de Braden. A EM pode ser entendida como um estilo de conversa colaborativa direcionada para o fortalecimento da motivação e compromisso com a mudança (Miller & Rollnick, 2013). A sua metodologia engloba a utilização de reforços positivos, questões e sínteses, sendo que a própria reflexão do indivíduo, estimula-o a falar mais do que o profissional, tendo assim possibilidade de se ouvir e descobrir a si mesmo. Assim, a EM ao ser promotora da autodeterminação do utente, conduz ao desenvolvimento de objetivos baseados nos valores pessoais (Miller & Rollnick, 2013).

Através de todas estas ferramentas e recursos, a avaliação e intervenção familiar no âmbito da ESF tornou-se mais rica e minuciosa, quer no que se refere às famílias, quer relativamente aos indivíduos que as compõem.

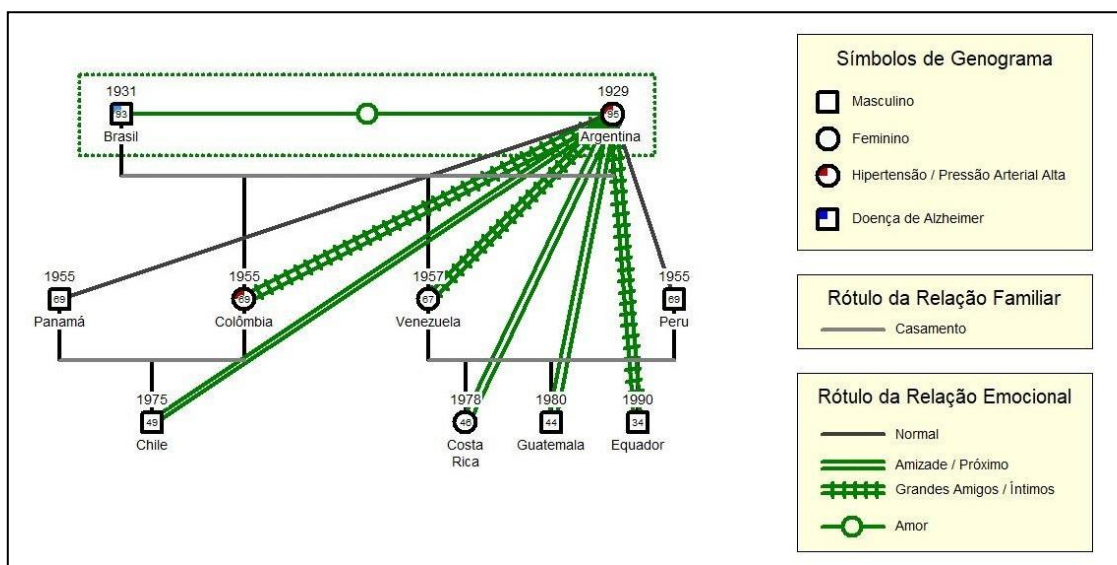
3.1.2 Avaliação e Intervenção em Famílias Nucleares com Membros Idosos: Dados, Diagnósticos, Intervenções e Resultados

Neste subcapítulo irá ser descrito o plano de cuidados realizado às quatro famílias e aos seus membros individualmente, isto é, explanados os dados, diagnósticos, intervenções e resultados. Irá ser mencionado o número e o contexto no qual foram realizadas as consultas, sendo que a colheita de dados incidirá sobre a composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos, a classe social e o nível de funcionalidade da família segundo cada membro. De seguida, constará a avaliação familiar resultante da aplicação da matriz operativa do MDAIF, nas suas três dimensões, bem como os respetivos diagnósticos, intervenções e resultados. Consoante as características únicas de cada família, foram estabelecidas as áreas de atenção pertinentes para avaliação e intervenção. Para além disso, atentando aos membros da família, foram prestados cuidados de forma individual, sendo igualmente neste subcapítulo apresentados os dados, diagnósticos, intervenções e resultados, considerando as suas necessidades e prioridades individuais, tendo sempre em vista a continuidade dos cuidados.

3.1.2.1 Família América

A Família América é uma família nuclear, composta pelo casal Brasil, de 93 anos, e Argentina, de 95 anos. De acordo com Duvall (1977), a família encontra-se na fase VIII do ciclo vital designada de “Família Idosa”. Estão ambos reformados e trabalhavam como comerciantes e proprietários de uma padaria. Devido à doença de Alzheimer de Brasil, Argentina assume o papel de prestadora de cuidados do marido. Brasil encontra-se no estadio 2 (moderado) da doença de Alzheimer, sendo evidente a deterioração de todos os domínios cognitivos, a afasia fluente, compromisso na marcha (diminuição da velocidade e do comprimento/largura dos passos) e compromisso apráxico (Neto et al., 2005; Abreu et al., 2005). Já se tornam também evidentes alguns sinais característicos do estadio grave da doença, nomeadamente a incapacidade para realizar as atividades de vida diária, como a higiene ou a alimentação (Neto et al., 2005). Foram realizadas três consultas no domicílio à Família América, contando sempre com a presença dos dois membros que a compõem, Brasil e Argentina. O genograma e a psicofigura de Mitchell encontram-se abaixo representados (Figura 4) e são resultado de respostas a questões lineares colocadas a Argentina.

Figura 4 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família América



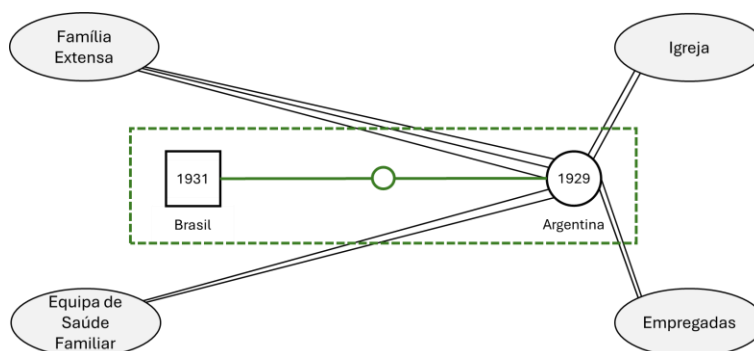
Segundo Figueiredo (2012), o tipo de família é definido a partir da composição familiar e dos vínculos estabelecidos entre os seus membros. A Família América é uma família nuclear composta por um único subsistema - o subsistema conjugal, Brasil e Argentina - e cada um dos subsistemas individuais. O tipo de relações emocionais estabelecidas entre as famílias foi considerado segundo as declarações dos membros das mesmas (no caso da Família América, apenas foi considerada Argentina), isto é, foram caracterizados tipos de vínculo e o membro da família definiu o que mais se adequaria, designadamente: normal, se a relação é cordial, há respeito e comunicação entre os intervenientes; amizade/próximo se vai para além do normal, ou seja, pode contar com a outra parte para resolução de problemas; grandes amigos/íntimos se vai para além da amizade/próximo, isto é, a par das características do anterior, também existe um sentimento evidente de carinho e necessidade de proximidade regular; e, por último, amor, quando os intervenientes são casados e mantêm uma relação considerada, pelo indivíduo, saudável e harmoniosa.

Relativamente ao contacto com a família extensa, o mesmo é regular, com praticamente todos os membros. Segundo Argentina, “As minhas filhas vêm cá todos os dias e, se não vierem, telefonam.” e “Os meus netos telefonam-me muitas vezes e o Equador vem cá sempre, pelo menos, uma vez por semana visitar-nos.”. Relativamente a Equador e aos outros netos, Argentina refere “Eles ligam-me para saber se está tudo bem, há muito carinho e respeito por nós (...), O Equador vem para aqui, fica connosco a ver televisão, dá-me muitos beijinhos (...)”, assumindo-se a função do contacto como apoio emocional e companhia social. No que se refere a Colômbia e Venezuela, o contacto é diário e manifesta múltiplas funções (apoio emocional, companhia social, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e serviços “(...) ajudam-me em tudo, são o meu maior apoio. (...)”, “(...) a Venezuela leva-me sempre à missa (...), fazem-me compras muitas vezes (...), ajudam com os inquilinos dos outros apartamentos (...), ficam connosco de noite à vez (...)” e “(...) hei-de perguntar à Colômbia se acha melhor

o Brasil ir às terças ou às quintas à fisioterapia, para saber a opinião dela.”. O apoio da rede informal, como é o caso da família extensa, corresponde a um suporte contínuo, regular e constante, indissociado do sentimento de solidariedade ou dever moral (Araújo et al., 2010), verificando-se a existência efetiva deste apoio na Família América. Este tipo de apoio figura-se como extremamente importante para os idosos, pois fá-los sentirem-se amados e valorizados, prevalecendo o sentido de pertença à família e diminuindo o risco de isolamento (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009). Argentina refere relativamente às filhas “Devo-lhes o que tenho pelo que fazem por mim, posso contar com elas para tudo e tenho-lhes muito respeito e amor e elas a mim.”, assumindo-se que a crença de Argentina nos valores de respeito, compromisso e lealdade é facilitadora na vivência das transições ao longo do ciclo de vida da família.

Após análise dos sistemas mais amplos e o tipo de vínculo da Família América com estes, foi elaborado o Ecomapa representado na Figura 5.

Figura 5 - Ecomapa da Família América



Segundo o Ecomapa representado, a Família América manifesta um relacionamento muito forte com a família extensa, como já era perceptível no Genograma, e um relacionamento forte com a igreja, com as empregadas e com a equipa de Saúde Familiar, nomeadamente com o médico e com a enfermeira de família. Todos estes elementos são redes de suporte à família, sendo que uns oferecem apoio formal (equipa de Saúde Familiar) e outros apoio informal (família extensa, igreja e empregadas) (Araújo et al., 2010).

A fim de possibilitar a previsão de algumas condições de risco e alterações de comportamentos de saúde (Figueiredo, 2009), avaliou-se a notação social da família com recurso à Escala de Graffar, sendo que a Família América pertence à Classe Média-Alta. Obteve-se uma pontuação de 12 pontos, designadamente: ambos trabalhavam como pequenos comerciantes (proprietários de uma padaria) (3 pontos); ambos progrediram do ensino primário sem concluírem 9 anos de escolaridade (2 pontos); apesar de reformados, usufruem de rendimentos provenientes do arrendamento de dois apartamentos, pelo que a origem do mesmo foi considerada como

vencimentos certos (3 pontos); habitam num andar bastante espaçoso e confortável (2 pontos), localizado num bom local urbano (2 pontos).

Considerando a patologia de Brasil, o nível de funcionalidade da família foi apenas avaliado relativamente a Argentina. Deste modo, o resultado obtido no APGAR Familiar de Smilkstein foi de 7 pontos, considerando Argentina a sua família altamente funcional.

Alicerçado àquelas que são as dimensões incluídas na matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as dimensões estrutural e funcional da família América, sendo que a dimensão de desenvolvimento, designadamente a área de atenção Satisfação Conjugal, não foi considerada pertinente dado o compromisso cognitivo de Brasil. As áreas de atenção avaliadas, por dimensão, foram as seguintes:

- Dimensão Estrutural: rendimento familiar (origem do rendimento), edifício residencial (tipo de habitação), precaução de segurança (conhecimento sobre utilização de equipamento de aquecimento e gás e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas), abastecimento de água;
- Dimensão Funcional: papel do prestador de cuidados (conhecimento do papel, comportamentos de adesão, consenso do papel, conflito do papel e saturação do papel).

No que concerne à Dimensão Estrutural e, mais especificamente, ao rendimento familiar, a sua origem situa-se no grau 3 (Escala de Graffar), como já explanado anteriormente, considerando-se o **Rendimento Familiar Não Insuficiente**. Avaliando o Edifício Residencial, o mesmo foi considerado bastante espaçoso e confortável na Escala de Graffar (2 pontos) por ser um apartamento T3+1 no 7º andar de um prédio no centro da cidade com elevador. O andar tem três quartos, um escritório, uma cozinha, uma lavandaria, uma casa de banho completa, uma casa de banho de serviço e uma sala de estar/jantar. Possui ainda lugar de garagem para dois carros. Todo o espaço do apartamento revela sinais evidentes de higiene e limpeza referindo Argentina que “(...) tenho sempre tudo limpo e arejado (...) por isso é que a casa se mantém em bom estado (...)”, reconhecendo, desta forma, a importância do governo e higiene habitacional. Assim, concluiu-se que a família América habita num **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado**. O edifício residencial possui abastecimento de água por rede pública, assim como o tratamento de resíduos, sendo, por isso, o **Abastecimento de Água Adequado**. A família não tem animal doméstico. Todos estes diagnósticos que apresentam um juízo positivo associado, sem necessidade de cuidados à família no momento da avaliação, manifestam-se como forças e são facilitadoras dos processos vivenciados pelas mesmas e pelos seus membros, individualmente. Para finalizar, na área Precaução de Segurança, a família usufrui de aquecimento central e o abastecimento de gás é canalizado, sendo que Argentina tem conhecimento e capacidade para utilização de ambos. Relativamente às barreiras

arquitetônicas presentes no edifício residencial, foi utilizado o HSSAT, sendo que, baseado neste instrumento, as barreiras arquitetônicas existentes na habitação da Família América, estão mencionadas no quadro 1.

Quadro 1 - Barreiras Arquitetônicas do Edifício Residencial da Família América

Divisão do Edifício Residencial	Barreiras Arquitetônicas
Entrada Principal do Prédio	Degrau
Hall de entrada/corredor	–
Sala de jantar/estar	Duas carpetes inseguras
Cozinha	Tapete inseguro
Quarto 1	Tapete inseguro; Objetos decorativos no chão
Quarto 2	Tapete inseguro
Quarto 3	Tapete inseguro; Desarrumação
Escritório	Tapete inseguro
Casa de banho completa	Tapete inseguro
Casa de banho de serviço	Tapete inseguro
Lavandaria	–

Aquando desta avaliação no domicílio da Família América, Argentina, ao ser questionada, não demonstra conhecimento acerca de estratégias adaptativas para as barreiras arquitetônicas encontradas. Aliando o resultado da avaliação da Precaução de Segurança ao resultado da avaliação do conhecimento de Argentina acerca de estratégias adaptativas para as barreiras arquitetônicas, considerou-se a **Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas Não Demonstrado**. Contudo, relativamente ao degrau na entrada principal, Argentina refere que as filhas já manifestaram nas reuniões de condomínio a necessidade de colocação de rampa para possibilidade de movimentação com cadeira de rodas de Brasil. A fim de melhorar o conhecimento de Argentina sobre as estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas constantes no apartamento, foi realizada a intervenção **“Ensinar sobre estratégias adaptativas para as barreiras arquitetônicas”** direcionada a esta necessidade da família, concretizando-se com as seguintes atividades:

- Explicar à família que devem eliminar os tapetes/carpetes que se encontram nas divisões da casa ou, em alternativa, adquirir uma rede/fita antiderrapante que pode ser colocada por baixo dos tapetes/carpetes e permite que estes não se desloquem;
- Explicar à família que os objetos decorativos que se encontram no chão devem ser eliminados ou, em alternativa, reorganizados, de forma que não causem constrangimento na movimentação (por exemplo: colocá-los em locais de pouca passagem - podem ser apreciados, sem provocar perigo);
- Explicar à família que, se possível, os espaços devem encontrar-se organizados e arrumados, eliminando objetos espalhados (por exemplo: colocar os cestos de roupa

lavada/engomada em cima da cama - a mesma não é utilizada para dormir -, fechar a tábua de engomar quando não está a ser utilizada e acondicioná-la).

Após validação da informação retida e questionamento sobre dúvidas, houve necessidade de intervir no sentido de “**Motivar para a adoção de estratégias adaptativas às barreiras arquitetónicas**”, sendo que, para tal, utilizou-se como recurso a linguagem simbólica “«Mais vale prevenir, do que remediar» e, por isso, estas alterações vão fazer com que se evite que vocês caiam”. Argentina refere, entre outras afirmações similares com o mesmo intuito: “Oh Enfermeira, nesta idade já não se muda a casa, mantém-se tudo como está até ao fim.”. Perante esta postura face à mudança, manteve-se crucial motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e, para tal, recorreu-se também à técnica Prescrição Paradoxal, com a finalidade de provocar na família, mais concretamente em Argentina, uma retroação, causando flexibilidade na sua crença de que nesta fase do seu ciclo de vida, não são necessárias adaptações às barreiras arquitetónicas: “Argentina, então vamos fazer o seguinte: manter tudo como está, deixar os tapetes todos como estão, manter o jarrão no meio do caminho e deixar o seu espaço de costura com tudo espalhado para ser mais fácil um de vocês cair, precisar de ajuda médica ou até mesmo ir para o hospital. O que lhe parece?”.

Nas consultas seguintes, ao reavaliar a precaução de segurança, foi possível constatar que:

- Os tapetes da cozinha, quarto 1 e casa de banho principal foram eliminados. Os restantes mantiveram-se, sem adoção da estratégia da rede/fita anti derrapante;
- No quarto 3 não havia cestos de roupa no chão. A tábua estava aberta, estando a ser utilizada pela empregada;
- Os objetos decorativos no quarto 1 mantiveram-se, mas encontravam-se dispostos de maneira diferente, referindo Argentina “Pus isto aqui para sair da passagem, como me tinha dito”.

Pôde considerar-se que, apesar de nem todas as estratégias terem sido adotadas, a família, mais especificamente Argentina, manifestava conhecimento sobre essas mesmas estratégias, já que conseguiu nomeá-las na totalidade e explicitar as suas vantagens e, por isso, tornaram-se evidentes ganhos em saúde no âmbito do conhecimento. Apesar do MDAIF contemplar apenas, na área da Precaução de Segurança, a vertente do conhecimento, considera-se pertinente a avaliação dos comportamentos de adesão face à adaptação às barreiras arquitetónicas. Atentando a esta perspetiva e ousando ir para além da matriz operativa do MDAIF, é evidente a existência de ganhos em saúde na vertente do conhecimento, contudo, considerou-se a **Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com Comportamentos de Adesão Não Demonstrados**, dado não terem sido aplicadas todas as estratégias adaptativas pela família.

Tal como evidenciado no início da descrição do processo de cuidados à família América, Argentina assume o papel de prestadora de cuidados de Brasil, sendo que este apresenta dependência grave para o autocuidado, que, adiante, no processo individual de Brasil, irá ser especificada. Assim, relativamente à Dimensão Funcional e no que se refere ao Papel do Prestador de Cuidados, foram avaliadas todas as áreas de conhecimento e aprendizagem de habilidades da prestadora de cuidados face ao exercício do papel, através de questões lineares. Perante todos os Autocuidados e uma vez que Argentina conta com o recurso das empregadas domésticas/cuidadoras, foi avaliado se Argentina costuma realizar o autocuidado e, em caso afirmativo, foram avaliadas as especificidades inerentes ao conhecimento/aprendizagem de habilidades do papel, nomeadamente de que forma garante esse autocuidado em Brasil. Para além disso, foi sempre avaliado se Argentina reconhecia necessidade de melhorar alguma tarefa relacionada com cada um dos autocuidados e exploradas as razões. No que concerne ao Autocuidado Higiene, Argentina refere que desde que tem ajuda de outras cuidadoras com o marido, não assume a tarefa do banho, mas é Argentina que assegura a higiene oral na maioria das vezes “Quando vou lavar os meus dentes, lavo os dele (...) sempre depois das refeições: de manhã, ao almoço e ao jantar e (...) cada um tem a sua [escova] e a pasta.”. Acrescenta ainda que “Também usamos o elixir, ele às vezes engole (...) tenho de lhe dizer sempre que é para deitar fora.”. Atendendo ao Autocuidado Vestuário, Argentina diz “Depois do banho, normalmente as senhoras é que o vestem e à noite, antes de irem embora, deixam-no pronto para dormir com o pijama. Mas, eu também ajudo e durante o dia quando ele se suja (...)” e quanto à forma como veste e calça Brasil e ao tipo de roupa/calçado que prefere refere “Como me visto a mim. Se eu falar para ele e disser o que é preciso, ele também ajuda «Dá cá o bracinho; põe aqui a perna, levanta-te», ele vai percebendo e ajudando (...). As roupas, tudo sobre o larguinho para ser mais fácil. Nestas idades é tudo o mais prático, já não há muitas vaidades. Os sapatos são estas pantufas assim fechadas, como as minhas, porque assim não saem do pé.”. Referente ao Autocuidado Uso do Sanitário, Argentina explica “Ele tem a fralda e urina para lá. O resto, durante o dia eu costumo perguntar se ele quer ir a casa de banho e na maior parte das vezes ele acaba por fazer na sanita (...) Eu também lhe pergunto se ele tem a fralda suja e ele costuma dizer se sim ou se não e costuma bater certo, mesmo quando é urinada só. Mas quando diz sempre que não, há muito tempo, eu vou ver. (...) Ele põe-se de pé, segura-se nas barras ou no lavatório e eu troco a fralda.”. No Autocuidado Comer e Beber, Argentina menciona que normalmente assegura-o em Brasil, sendo que, na maioria das vezes, a preparação das refeições está ao encargo das empregadas “(...) para ele já é mais difícil mastigar e já há algum tempo que os médicos dizem que tem de ser tudo passado por causa de se poder engasgar.”. Quanto a frequência e conteúdo das refeições “Dou-lhe a sopa, depois o conduto que tem sempre carne ou peixe (...) e a batata, massa, ou arroz com legumes tudo passado (...) a fruta também. Ao pequeno-almoço e aos lanches depende, ou as sopinhas do leite com bolacha, ou fruta, ou *nestum*. [A água] Dou no copo, se eu disser ele consegue segurar

e beber. Bebe às refeições e tentamos beber durante o dia também, mas às refeições bebe sempre bastante água.”. Quanto ao Autocuidado Sono-Repouso, diz “(...) costumamos deitá-lo por volta das 21h, ele dorme bem, mexe-se muito, mas sempre foi assim (...) acorda lá para as 7h, 8h por ele. (...) Costuma dormir durante a manhã e durante a tarde (...)”. Explorando o exercício do papel no Autocuidado Atividade Recreativa “(...) para ele já é difícil fazer o que quer que seja (...) gosta muito de ver a televisão, os programas da manhã e da tarde (...) ponho-o sempre aqui [sofá] com uma mantinha e ele fica sossegado. (...)”. No Autocuidado Atividade Física, Argentina reconhece a importância das sessões de Fisioterapia como forma de prevenir a rigidez articular e, ainda, fomenta a atividade física de Brasil ao caminhar junto do marido dentro do apartamento procurando por “dar uma voltinha maior.”, sendo que, ao explorar esta afirmação, percebeu-se que Argentina procura caminhar com Brasil dentro de casa, pelo menos, duas vezes por dia. No que diz respeito à Autovigilância, Argentina menciona que está atenta à evolução da doença “(...) coisas que ele fazia e agora já não faz (...)”, às úlceras de pressão, às macerações e ainda à tensão arterial (apesar de Brasil não ser hipertenso, Argentina cumpre essa vigilância por indicação médica) reforçando e enaltecendo o apoio que tem da Equipa de Saúde Familiar “Confio muito no meu doutor e na minha enfermeira. O que eles dizem, tento sempre cumprir”, sendo a crença na intervenção dos profissionais de saúde facilitadora nos momentos de mudança durante a vida. Por último, relativo à gestão do regime medicamentoso, Argentina demonstra conhecimento e capacidade nesta área, sendo capaz de referir o nome de todos os fármacos prescritos a Brasil, bem como a sua indicação terapêutica e os horários definidos para toma. Argentina não relata dificuldades, nem necessidade de melhoria de tarefas relativas aos autocuidados, mencionando, várias vezes, que já são alguns anos como cuidadora e que já está habituada. Referente aos comportamentos de adesão, durante as consultas e avaliando Brasil, foi evidente que Argentina age em conformidade com o seu conhecimento e aprendizagem de habilidades demonstrados, promovendo e assegurando os autocuidados do marido. Inerente ao Papel de Prestador de Cuidados, foi também avaliado, junto de Argentina, o Consenso, Conflito e Saturação do Papel. Começando por explicar a avaliação do Consenso do Papel, à questão “Quando Brasil começou a necessitar de cuidados, como ficou decidido que seria a Argentina a cuidadora?”, Argentina refere “(...) já estávamos os dois reformados e já vivíamos aqui sem as nossas filhas (...) fui eu que comecei por ajudá-lo e cuidei dele sozinha durante 10 anos (...). As minhas filhas têm a vida delas e nem eu ia querer que tratassem do meu marido e mudassem as vidas quando eu podia.”, mostrando aceitação perante o facto de ser a cuidadora principal de Brasil. Argentina refere ainda que “Prometemos ser na saúde e na doença no nosso casamento e eu, felizmente, consigo cumprir.”, sendo que o facto de Argentina valorizar o casamento e considerar como uma relação de amor o vínculo estabelecido entre ambos, revela-se como uma crença facilitadora na transição para prestadora de cuidados. Quando perguntada sobre a existência de negociação de tarefas face à necessidade de cuidados de Brasil, atualmente, a mesma diz “(...) andava muito cansada e

com a idade e os meus problemas de saúde (...), já estava a ser muito custoso para mim fazer tudo. (...) falei com as minhas filhas, elas concordaram e disseram que me ajudavam com a despesa [empregadas] se fosse preciso, mas graças a Deus não foi, nem é preciso.”, evidenciando a capacidade de renegociação das tarefas com a família extensa (filhas). A menção a “Deus” ocorreu muitas vezes ao longo da entrevista, denotando-se que esta é uma crença religiosa de Argentina que vem facilitar alguns processos de mudança, uma vez que a mesma refere sentir suporte emocional de Deus “Ele ouve as minhas preces”. Quando abordada a possibilidade de progressão da doença e a probabilidade de mudança nas necessidades de Brasil, Argentina mostra-se tranquila face à eventualidade de Brasil ficar acamado, referindo que uma das empregadas já cuidou dos pais nessas mesmas condições e, ainda, volta a enfatizar o apoio das filhas quando a situação sugere mudanças. Posteriormente, quando abordadas as questões inerentes ao Conflito do Papel, Argentina refere que associa sentimentos positivos à prestação de cuidados a Brasil “É bom para mim e eu sei que ele gosta muito quando sou eu que lhe faço as coisas.”, acrescentando que não deixa de fazer nada da sua rotina pessoal por estar a cuidar. Por fim, ao avaliar a Saturação do Papel, percebeu-se que Argentina sente “muito carinho” por estar a cuidar de Brasil e, quando abordados os desconfortos físico, psicológico ou emocional que pudesse sentir, Argentina diz “A coisa que me deixa mais ansiosa é à noite, a dormir, que estou sempre com medo que ele caia da cama (...) porque ele cada vez tem menos consciência do que está a fazer. Acabo por dormir mal eu por causa disto.”, denotando-se saturação do papel de Argentina associada à prestação de cuidados a Brasil. Assim, considerou-se o **Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado relacionado com Saturação do Papel SIM**, pretendendo-se que a prestadora de cuidados diminuísse a sensação de desconforto psicológico (medo, ansiedade) e físico (sono não reparador) associado ao sono da pessoa dependente. As intervenções realizadas centraram-se em “**Promover estratégias de coping para o papel**”, “**Promover o envolvimento da família alargada (filhas)**” e “**Orientar para serviços da comunidade**”, concretizando-se através das seguintes atividades:

- Analisar com a cliente estratégias de *coping* para o papel: “Quais as estratégias que considera que podia adotar de forma a resolver esse medo que sente que o seu marido caia à noite?” e “Como se sentiria se soubesse que o seu marido não iria ter a possibilidade de cair durante a noite?”;
- Aconselhar a cliente relativamente às estratégias de *coping* para o papel: colocar grades laterais na cama OU colocar a cama encostada à parede num dos lados OU adquirir uma cama articulada com grades;
- Incentivar a cliente a abordar o assunto com as filhas, bem como a possibilidade de mudança no quarto;
- Identificar instituições da comunidade que têm camas articuladas para empréstimo;
- Informar cliente que existem instituições que têm camas articuladas para empréstimo;

- Dada a proximidade da família com a Igreja, sugeriu-se auscultar o grupo de Vicentinos da paróquia que frequentam;
- Informar sobre o grupo comunitário, que consiste numa liga de amigos, sobretudo séniores, pertencentes aos centros de saúde que integram o ACeS com objetivo comum de promoção da saúde e apoio na doença, indicando a possibilidade de empréstimo de cama articulada;
- Analisar com a cliente estratégias de *coping* para o papel mencionadas: “Quais as vantagens e as desvantagens que reconhece na adoção da estratégia X? E da Y?” “Tendo em conta as vantagens e desvantagens analisadas, alguma das estratégias lhe parece indicada? Qual lhe parece a mais indicada?”;

A primeira reação de Argentina face ao aconselhamento da cama articulada foi de não aceitação “Cama articulada? Não... não é preciso já isso. Se ele acamar, aí sim, mas agora não...”, sendo congruente com a sua reação à adoção das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. Perante a resposta de Argentina, foi então aplicada a técnica da Metáfora na seguinte forma “Imagine que a vida é como um rio em que água está sempre a correr e não há forma de retroceder esse seu decurso. Na fase final do decurso do rio, como na vida, o rio (vida) suaviza, já tem mais dificuldade em correr - apesar de ainda correr, já não tem força para derrubar as pedras e é preciso contorná-las. Se essas pedras não forem contornadas e se o rio não for capaz de seguir um caminho de forma a contornar as pedras, vai gastar energia à toa a tentar derrubá-las que podia ser utilizada para continuar a seguir o seu caminho de forma plena. Em todas as fases do rio e da vida é necessário haver adaptação, contornar o que pode vir a ser um entrave no futuro e, negar isso, é como remar contra a corrente - torna-se muito mais difícil manter a serenidade e paz que tão bem caracterizam a água. O que lhe parece?”. Argentina, após escutar ativamente a Metáfora, ficou pensativa e refletiu “Uma história bonita, Enfermeira. Se calhar se puséssemos já a cama, já ficávamos sossegados e prevenidos. Tanto eu, como ele. É mais uma coisa que podia mudar para não acontecer o pior, como os tapetes. Vou pensar nisso.”.

Na segunda consulta, Argentina refere que falou com as filhas sobre a possibilidade de adquirirem uma cama articulada “Elas acharam muito bem, disseram que já tinham pensado nisso (...)” e ainda “(...) se encostássemos a cama à parede e puséssemos as grades, íamos ter sempre o problema de se ele acamasse, ter dificuldade para tratar dele numa cama normal”. Para além disso, Argentina diz que a filha falou com o responsável dos Vicentinos e que a instituição teria uma cama articulada disponível para emprestar, no entanto, a família, está em dúvida sobre aceitar o empréstimo ou comprar. Na última consulta, constatou-se que já existia uma cama articulada (comprada pela família) e montada num dos quartos. Argentina refere “Os senhores vieram cá montá-la ontem, vamos ver se ainda esta semana o pomos nela a dormir.”. Através destes dados de avaliação, não foi possível verificar se existiram ou não ganhos em saúde, uma vez que Argentina, apesar de ter adquirido a cama articulada, ainda não a substituiu

pela cama habitual. Só após esta substituição e com Brasil a dormir na cama articulada, seria possível reavaliar o medo de Argentina face à possibilidade de queda de Brasil, bem como a qualidade do seu sono, podendo-se concluir acerca dos ganhos em saúde e, eventual, mudança de juízo no diagnóstico. Dada a continuidade do processo, e após validação com Argentina, considerou-se pertinente a intervenção “**Requerer serviços de saúde**”, que se concretizou através da referenciação de Argentina, enquanto prestadora de cuidados, para a Unidade de Cuidados Continuados (UCC), no âmbito do projeto “Capacitar para cuidar”, que visa melhorar o bem-estar do cuidador informal e, conseqüentemente, do recetor dos cuidados, no contexto do domicílio.

Analisando as crenças que foram sendo mencionadas, pode afirmar-se que todas foram facilitadoras para prestação de cuidados e também nas transições vivenciadas pela Família América, nomeadamente na transição acidental no processo saúde-doença de Brasil e na transição desenvolvimental da família relativa ao processo de envelhecimento. Ambas as transições geraram mudanças internas nos membros da família e subsistemas, e mudanças externas, na medida em que houve adaptação e adesão a recursos fora do seio familiar. Assim, por um lado os valores (respeito, compromisso e lealdade na família extensa) e as crenças culturais (casamento) foram facilitadores nas mudanças internas e as crenças religiosas (Deus) e a crença na intervenção dos profissionais de saúde, foram promotoras de mudanças externas.

No que concerne à avaliação dos membros da família, individualmente, foi avaliado o risco de queda em ambos, o autocuidado e o risco de úlcera de pressão em Brasil, e foi realizada a consulta semestral a Argentina pela Hipertensão Arterial que tem diagnosticada no âmbito do Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares Risco: Hipertensão, bem como avaliado o foco Envelhecimento.

Segundo a Escala de Morse, Brasil apresenta **Médio Risco de Queda** (50 pontos), uma vez que não tem antecedentes de queda nos últimos três meses (0 pontos), apresenta diagnóstico secundário (15 pontos), apoia-se noutra pessoa para deambulação (0 pontos), não está sob terapia endovenosa (0 pontos), apresenta défice na marcha (20 pontos) e esquece-se das suas limitações (10 pontos). A intervenção “**Avaliar risco de queda**” (Escala de Morse) foi considerada no plano de cuidados de Brasil, de forma que, ao detetar possíveis alterações na categorização do risco de queda, seja possível adaptar o plano de cuidados. Os restantes objetivos e intervenções associados a este diagnóstico sobrepõem-se com os do diagnóstico da família Precaução de Segurança Não Demonstrada. Segundo o Índice de Barthel, Brasil apresenta **Autocuidado Comprometido - Dependência Grave** (35 pontos) por: estar incapacitado de se alimentar autonomamente (0 pontos), ser dependente no banho (0 pontos), precisar de ajuda na higiene pessoal (0 pontos), ser dependente a vestir-se/despir-se (0 pontos), apresentar continência intestinal, mas acidente ocasional na continência urinário (10 e 5 pontos, respetivamente), ser dependente na utilização do WC (0 pontos), necessitar de pouca

ajuda de pessoa para as transferências (10 pontos) e por caminhar com ajuda de pessoa uma distância superior a 50 metros (10 pontos). A intervenção “**Avaliar autocuidado**” (Índice de Barthel) foi considerada no plano de cuidados de Brasil, a fim de detetar alterações no autocuidado. Referente ao risco de úlcera de pressão, Brasil apresenta, na Escala de Braden, um **Baixo Risco de Úlcera de Pressão** (18 pontos) pontos: percepção sensorial muito limitada (2 pontos), pele constantemente húmida (3 pontos), anda ocasionalmente (3 pontos), mobilidade ligeiramente limitada (3 pontos), nutrição adequada (3 pontos) e sem problema relativamente às forças de fricção ou cisalhamento (4 pontos). A intervenção “Avaliar risco de úlcera de pressão” (Escala de Braden), foi considerada no plano de cuidados de Brasil, com o objetivo de detetar alterações no risco de úlcera de pressão. Anteriormente, está já explanado que Argentina vigia os sinais de úlcera de pressão, contudo foi realizada vigilância à pele de Brasil nas regiões das proeminências ósseas (cabeça, região sacrococcígea, maléolos, calcanhares e trocânteres), que se apresentam com pele íntegra e hidratada, sem sinais de lesão.

Atentando à transição para o envelhecimento, questionou-se a Argentina “Como se sente como idosa?”, ao qual responde “A saúde já não é a mesma, mas sinto-me contente, porque tenho a minha família unida e posso ainda estar com o meu marido”. Quando explorada a forma como encara os desafios da idade, Argentina refere “Olhe, agora tempo não falta, por isso vou fazendo o que posso e quando posso... se não puder, felizmente, tenho quem me faça e tenho ajudas. A velhice tem coisas boas.”. Apesar de denotar que existiu mudança nesta fase do ciclo de vida, Argentina reconhece que existem condições facilitadoras que auxiliam no processo de transição, como por exemplo as empregadas e família extensa. A adaptação que realizou na sua vida, ao contratar quem lhe realizasse as tarefas domésticas, assume-se como um indicador de processo na transição para o envelhecimento, pelo facto de se situar em relação às suas limitações e por ter desenvolvido mecanismos de *coping* para lidar com as mesmas. Ao afirmar que “A velhice tem coisas boas” e ao determinar que, atualmente, faz aquilo que consegue e, quando não consegue, delega, Argentina manifesta mestria no processo de transição, já que é notável a reformulação da sua identidade.

Aquando da consulta semestral de Argentina associada ao “Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares Risco: Hipertensão” (SCLínico-CSP®), foram avaliados os seguintes focos: índice de massa corporal (IMC), pressão arterial, auto-vigilância e gestão do regime terapêutico. Argentina apresenta um IMC de 20,2 kg/m², estando **Sem Excesso de Peso**. Aquando da consulta, após avaliação da pressão arterial, considerou-se o diagnóstico **Sem Hipertensão**, dados os valores serem 122/81mmHg. Argentina refere realizar avaliação da pressão arterial com recurso a esfigmomanómetro digital, cerca de três vezes por semana conforme indicação médica, reconhecendo os valores indicativos, pelo que se considerou **Sem Compromisso na Auto-vigilância**. Relativamente à gestão do regime medicamentoso, Argentina tem conhecimento da medicação prescrita e da sua indicação terapêutica, sendo capaz de

referir a posologia diária e indicar alguns dos efeitos secundários, pelo que apresenta o diagnóstico **Sem Gestão do Regime Medicamentoso Comprometido**. Atendendo à gestão do regime dietético, ao questionar Argentina sobre o mesmo, refere “Eu procuro sempre comer mais cozidos e grelhados e como um pouco de tudo: coelho, frango, pescada, robalo, tudo. Como muitos legumes também. Devo evitar as gorduras e o sal, os enchidos, os açúcares.”. Quando focada a questão da ingestão de sal, diz “Nunca fui de comer muito salgado. Na padaria que nós tínhamos, sempre fizemos o pão de meio sal e era sempre esse que levava para casa. As senhoras que cozinham já sabem, é tudo sobre o insosso, a sopa nem sal leva. (...) O sal faz a tensão subir.”. Sobre o número de refeições que realiza, menciona “Faço três refeições grandes e costumo comer qualquer coisa a meio da manhã e a meio da tarde.” e descreve-as “Ontem tomei leite com café de manhã, ponho adoçante, e meio pão com manteiga magra. Almocei sopa de legumes, um bife de frango grelhado com brócolos cozidos e arroz branco e uma maçã. Lanchei um chá com meio pão simples. Jantei duas tigelas de sopa de legumes, um ovo cozido e uma maçã.” Por fim, na ingestão de líquidos, Argentina diz “Bebo muita água e chá por dia. Mal acordo, um copo; durante a manhã outro; ao almoço outro; ao jantar outro... e vou bebendo ao longo do dia. 5 copos mais o chá.”. Posto isto, considera-se estar presente o diagnóstico **Sem Gestão do Regime Dietético Comprometido**. Referente à gestão do regime de exercício, Argentina refere que não pratica exercício físico, surgindo o diagnóstico de **Não Adesão ao Regime de Exercício**. Constatou-se que Argentina apesar de estar ciente dos benefícios e da importância do exercício físico na sua saúde, refere “Será que vale a pena fazer agora alguma coisa? Eu sei que devia para o meu bem, mas também com a minha idade já não vou mudar nada.” constatando-se que encontra numa fase de Contemplação no processo de mudança comportamental, no qual apesar de reconhecer o problema, ainda não está decidida a mudar de comportamento “Quem me dera ter mais saúde para poder fazer exercício como vocês, jovens...”. Nesta fase da mudança comportamental, é característico a pessoa aceitar que o seu comportamento não é o mais adequado para atingir os seus objetivos pessoais, mas não está preparada para o alterar ou não está certa de o querer fazer, contemplando-se a mudança e rejeitando-a simultaneamente, estando a ambivalência no seu auge (Jungerman & Laranjeira, 1999; Nunes & Castro, 2011; Carrió, 2012). Para tal, inicialmente, recorreu-se à EM por forma a promover a mudança comportamental de Argentina face à prática de exercício físico. A EM auxilia os indivíduos a reconhecer e a agir perante os seus problemas reais e potenciais, sendo útil quando existe ambivalência e relutância à mudança, devendo o enfermeiro atuar no sentido de orientar, mas sobretudo na motivação, a fim de aumentar probabilidade de este assumir um comportamento que gere mudança (Jungerman & Laranjeira, 1999; Nunes & Castro, 2011). Inicialmente, começou-se por quantificar, de forma objetiva, qual seria o nível de motivação de Argentina para uma mudança de comportamento face ao exercício físico, através de uma pergunta de escala, situando-se a mesma a meio da pontuação “Dou um 5...”. Exploraram-se, através do questionamento aberto, quais os motivos para atribuição de 5

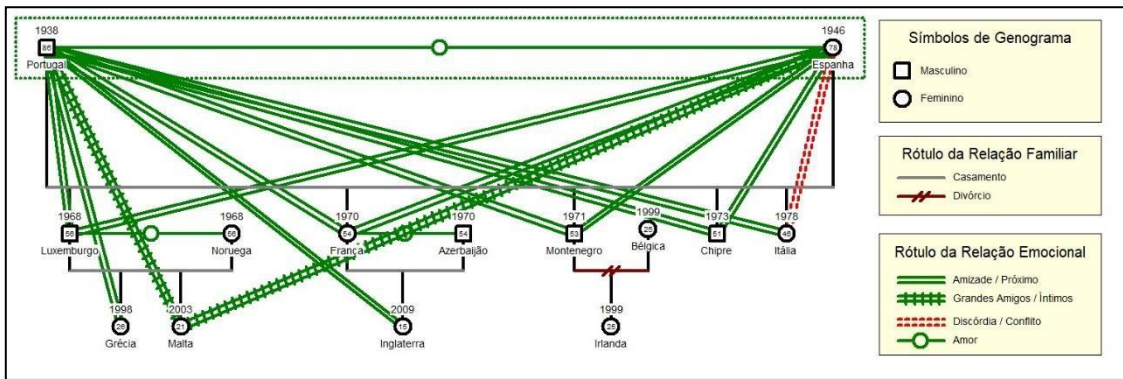
“Eu por um lado queria fazer exercício porque sei que faz bem à saúde, já não é a primeira pessoa que me diz que devia fazer, o meu médico também já falou nisso, por outro lado, é difícil para mim por causa da minha situação de saúde. Já foram tempos em que fazia exercício...”. Perante estas declarações, procurou-se instigar sobre a forma como Argentina se sentia quando, como refere, “em tempos” praticava exercício físico “Como se sentia na altura que fazia exercício?”, ao qual responde “Ai, bem. Mais ágil, leve. Era bom.”. Posteriormente, questionou-se a cliente sobre quais os riscos de não praticar qualquer tipo de exercício físico na sua idade, respondendo “O exercício faz bem ao coração... Problemas de coração... e também nas articulações, se estiver sempre parada ficam «perras», não é?”. Após estas e outras questões e respostas na entrevista motivacional, sintetizou-se o conteúdo dizendo “Argentina, compreendo tudo aquilo que me disse. Permita-me concordar consigo quando diz que não praticar exercício físico pode originar problemas cardíacos, de coração, e, muito importante também, pode ocasionar a chamada rigidez articular, isto é, as articulações ficarem «perras» como mencionou. Se as articulações ficarem rígidas, a Argentina terá mais dificuldade em movimentar-se, em fazer as suas atividades diárias como tão bem faz e, eventualmente, pode causar dor. Se ficasse com estas limitações físicas, o que acha que de pior poderia acontecer e como acha que ficaria Brasil?”, Argentina responde “Ficar parada Enfermeira...e não poder cuidar dele.”. Atentando à outra perspetiva, questionou-se “E se fizer exercício físico e movimentar as suas articulações, como se vê no futuro?”, respondendo “Talvez com mais força e «ginástica» para conseguir tratar dele, como vou fazendo.”. Posto isto, uma vez que Argentina é nitidamente capaz de enunciar benefícios do exercício físico, bem como vantagens na sua prática face ao seu papel de cuidadora do marido e uma vez que tem motivação para mudar, questionou-se acerca do seu conhecimento sobre quais os exercícios que pode realizar, tendo a mesma respondido que desconhece os mesmos, surgindo o diagnóstico **Gestão do Regime de Exercício Comprometido**. Já que Argentina tem preservada a sua capacidade cognitiva e demonstra disponibilidade para aprender, considerou-se o diagnóstico **Potencial para melhorar conhecimento sobre gestão do regime de exercício**. Procedeu-se à intervenção “Ensinar sobre regime de exercício” e propôs-se “E se eu lhe desse um folheto com estes exercícios que poderia fazer, aqui em sua casa, de maneira a manter-se mais ativa e a movimentar as suas articulações, para ler, analisar e pensar sobre a possibilidade de começar a executá-los?”, ao qual Argentina responde “Sim, posso pensar nisso, Enfermeira.”. Foi então fornecido à cliente um folheto onde se encontravam contemplados os exercícios músculo-articulares que pudessem ser executados no domicílio com imagens reais associadas, para facilitar a sua compreensão e possibilidade de adesão aos mesmos (Anexo 5). Na consulta seguinte, quando abordado o tema do exercício físico, Argentina diz “Estive a ler os exercícios que me deu e acho que sou capaz de os fazer.”. Considerando a teoria por detrás do ciclo de mudança, depreendeu-se que Argentina se encontrava na fase de Preparação, denotando-se motivação para a mudança e alguma determinação para a ação. Nesta fase, a pessoa está preparada e pronta para mudar o

comportamento, assumindo um compromisso e, para além de consciencializada do problema, está envolvida na mudança, apesar de poder manter algumas dúvidas sobre as estratégias a adotar. (Phaneuf, 2005; Nunes & Castro, 2011; Sequeira, 2016). Quando questionada Argentina sobre a sua capacidade para realizar os exercícios “Disse-me que leu os exercícios que sugeri. Consegue realizá-los?”, a mesma responde “Eu li e percebi. Mas fazer é mais difícil, se calhar é melhor ensinar-me.”, existindo nesta um **Potencial para melhorar a capacidade para gestão do regime de exercício**. Desta forma, procurando adequar e personalizar o tipo de exercício para Argentina, atendendo a todas as condicionantes físicas que apresenta, procedeu-se a **Instruir e Treinar sobre exercícios** constantes no folheto fornecido. Na consulta que se seguiu, Argentina refere que tem reservado um período diário para executar os exercícios e que “Até parece que me tenho sentido melhor das articulações.”, considerando-se que a mesma se encontraria na fase de mudança Ação, na qual implementa o processo de mudança, alterando o comportamento indesejável (Jungerman & Laranjeira, 1999; Nunes & Castro, 2011). Após reavaliação da adesão, do conhecimento e da capacidade para gerir o regime de exercício, percebeu-se que foram alcançados ganhos em saúde para Argentina, na medida em que a mesma ficou motivada para a realização de exercício e melhorou o seu conhecimento e a sua capacidade para realizá-lo, rumando em direção ao diagnóstico Adesão ao Regime de Exercício, e alcançando o diagnóstico **Sem Gestão do Regime de Exercício Comprometido**. Para sustentar o diagnóstico Adesão ao Regime de Exercício, que pressupõe a mudança comportamental, considera-se imprescindível a continuidade de cuidados na avaliação deste foco.

3.1.2.2 Família Europa

A Família Europa é uma família nuclear composta por um único subsistema - o subsistema conjugal, Portugal e Espanha, ambos reformados. Portugal trabalhava como operário numa fábrica de redes e Espanha era auxiliar numa escola pública. Foram realizadas duas consultas no domicílio à Família Europa e uma última consulta na USF, contando sempre com a presença dos dois membros que a compõem, Portugal e Espanha. O genograma e psicofigura de Mitchell abaixo representados (Figura 6) é resultante de respostas a questões lineares colocadas quer a Portugal, quer a Espanha.

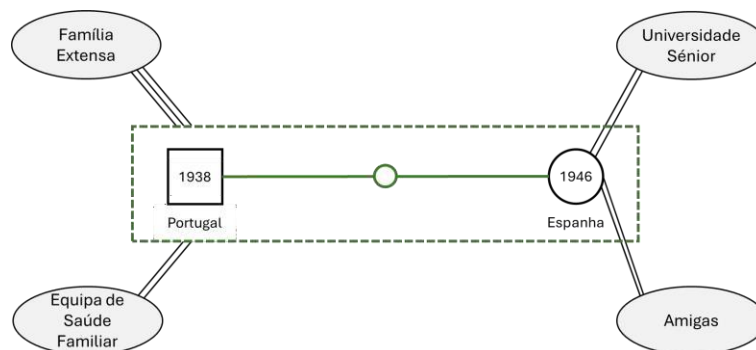
Figura 6 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Europa



Como é possível verificar no genograma acima representado, no que se refere à família extensa, Portugal e Espanha mantêm laços próximos e íntimos com a grande maioria dos familiares diretos. Portugal chega a referir que “Somos uma família à antiga, somos unidos e corre tudo bem, respeitando cada um o seu espaço.”, sendo que Espanha acrescenta “Estamos muitas vezes juntos (...) Todas as semanas vêm cá jantar ou vamos a casa de um deles.”. Para além disso, o casal refere que mantém contacto semanal telefónico com os netos, inclusive com Irlanda e Malta que se encontram a estudar fora do país. Considerando a descrição da Família Europa, entende-se que o contacto com a família extensa é frequente e as funções são, sobretudo, de companhia social e apoio emocional. A relação de conflito entre Espanha e Itália foi assim considerada por Espanha, devido a estarem em constante desacordo e discussão, decorrente de um problema de saúde de Itália.

Após análise dos sistemas mais amplos e o tipo de vínculo da Família Europa com estes, foi elaborado o Ecomapa representado na Figura 7.

Figura 7 - Ecomapa da Família Europa



Nos sistemas mais amplos, a Família Europa apresenta então um relacionamento muito forte com a família extensa e um relacionamento forte com a Equipa de Saúde Familiar. Espanha manifesta ainda um relacionamento forte quer com as amigas, quer com a Universidade Sénior.

Relativamente à Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Família Europa pertence à Classe Média (16 pontos), por: Espanha ter trabalhado como funcionária pública (4 pontos); ambos progrediram do ensino primário sem concluírem 9 anos de escolaridade (4 pontos); estão ambos reformados (4 pontos); habitam num andar bastante espaçoso e confortável (2 pontos), localizado num bom local urbano (2 pontos).

O nível de funcionalidade (APGAR) da família foi considerado como altamente funcional por Portugal (10 pontos) e altamente funcional por Espanha (9 pontos).

Atentando às dimensões incluídas na matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção por dimensão:

- Dimensão Estrutural: rendimento familiar (origem do rendimento e conhecimento/capacidade de gestão de acordo com as despesas familiares), edifício residencial (tipo de habitação), precaução de segurança (conhecimento sobre utilização de equipamento de aquecimento e gás e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas), abastecimento de água);
- Dimensão de Desenvolvimento: satisfação conjugal (relação dinâmica, comunicação e interação sexual);
- Dimensão Funcional: processo familiar (*coping* familiar e interação de papéis familiares).

Na Dimensão Estrutural, constata-se que as reformas de ambos, segundo estes, suprem as necessidades, correspondendo o seu rendimento a 4 pontos na Escala de Graffar. Quando abordada a dimensão do conhecimento e capacidade de gestão de acordo com as despesas familiares, Portugal refere “O que ganhamos com a reforma e o que temos de poupança, chega bem.”, acrescentando Espanha “O mais importante é ter comida na mesa e dinheiro para medicação. Tem de se gerir a reforma para dar para isso... se for preciso mais alguma coisa, temos o que poupamos.”, considerando-se na família Europa **Rendimento Familiar Não Insuficiente**. Relativamente ao Edifício Residencial (2 pontos na Escala de Graffar), a família habita num apartamento T2 muito espaçoso no 3º andar de um prédio com 6 andares com elevador. O apartamento tem dois quartos, uma cozinha, uma lavandaria, duas casas de banho completas e uma sala de estar/jantar. Todas as áreas apresentam sinais evidentes de higiene e arrumação, sendo que para tal, para além do contributo de Espanha, usufruem de uma empregada de limpeza uma vez por semana. A Família Europa habita, por isso, num **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado**. O edifício residencial possui abastecimento de água por rede pública, assim como o tratamento de resíduos, sendo, por isso, o **Abastecimento de Água Adequado**. A família não tem animal doméstico. Na área Precaução de Segurança, a família usufrui de aquecimento central e o abastecimento de gás é canalizado, sendo que ambos

têm conhecimento e capacidade para correta utilização. Relativamente às barreiras arquitetónicas presentes no edifício residencial, encontram-se apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Barreiras Arquitetónicas do Edifício Residencial da Família Europa

Divisão do Edifício Residencial	Barreiras Arquitetónicas
Entrada Principal do Prédio	Degrau
Hall de entrada/corredor	Tapete inseguro
Sala de jantar/estar	Carpets e tapetes inseguros
Cozinha	Armários altos
Quarto 1	Ausência de luz noturna; Objetos decorativos no chão; Espaço exíguo entre cama e cómoda
Quarto 2	Tapete inseguro
Casa de banho 1	Tapete inseguro; Banheira de difícil acesso ;Ausência de barras de apoio
Casa de banho 2	Tapete inseguro; Banheira de difícil acesso; Ausência de barras de apoio
Lavandaria	—

Portugal e Espanha, quando questionados sobre a adaptação às barreiras arquitetónicas identificadas, ambos referem/sugerem apenas a remoção dos tapetes e/ou colocação de rede anti-derrapante, considerando-se o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas Não Demonstrado**. Com o objetivo de melhorar o conhecimento da família sobre as estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas constantes no apartamento, foram realizados ensinamentos sobre as mesmas, concretizados com as seguintes atividades:

- Reforçar e incentivar a eliminação dos tapetes/carpets que se encontram nas divisões da casa ou a colocação da rede/fita antiderrapante;
- Explicar à família que os objetos decorativos que se encontram no chão devem ser eliminados ou, em alternativa, reorganizados, de forma que não causem constrangimento na movimentação (por exemplo: colocá-los em locais de pouca passagem - podem ser apreciados, sem provocar perigo);
- Explicar à família que os objetos que não estão a ser utilizados [televisão no quarto avariada] devem ser eliminados, sendo que, assim, é disponibilizado mais espaço na divisão e libertada a área de passagem;
- Explicar à família que a luz noturna é essencial para prevenir acidentes à noite, sobretudo se existem obstáculos: o telemóvel pode ser uma fonte de luz no período da noite que causa menor incómodo ao parceiro relativamente ao acender de um candeeiro;
- Explicar à família que, uma vez que possuem duas banheiras nas duas casas de banho [rendimento familiar facilitador], poderiam substituir pelo menos uma das duas por um poliban de acesso fácil;

- Explicar à família que a colocação de barras de apoio é uma estratégia que pode ser adotada sem a realização de obras de grande calibre, pois existem barras de colocação fácil na parede (ventosas) que são igualmente seguras.
- Explicar à família que, na cozinha, apesar de terem um banco adequado para aceder aos armários mais altos, devem optar por colocar os utensílios que utilizam com frequência nos armários/prateleiras mais baixas de fácil acesso e, nos armários mais altos, colocar utensílios de uso esporádico (por exemplo: louça de festas).

Na segunda consulta no domicílio, constatou-se que a família tinha adotado a estratégia das redes antiderrapantes nos tapetes de todo o edifício residencial, que outrora já conheciam. Espanha refere que nunca havia pensado na lanterna do telemóvel como fonte de luz noturna, mas que desde a última consulta “Tenho usado sempre o telemóvel para ir à casa de banho à noite e, assim, já não tenho receio de estar a acordá-lo.”. Por fim, adotaram uma última estratégia de adaptação às barreiras arquitetónicas, referente aos armários da cozinha “Olhe fiz como disse, pus aquelas coisas que só se usa uma vez por ano ou nem isso, nos armários lá de cima. Aproveitei e também fiz uma arrumação, pus coisas ao lixo que já não prestavam e tudo.”. Ambos demonstram conhecimento acerca das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. Contudo, como já explicado na família anterior, permanece o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com Comportamentos de Adesão Não Demonstrado**, uma vez que a família não adaptou todas as condições de risco para a queda identificadas, apesar de terem sido alcançados ganhos em saúde parcelares na vertente do conhecimento.

Focando na Dimensão de Desenvolvimento, foi avaliada a Satisfação Conjugal nas seguintes vertentes: relação dinâmica, comunicação e interação sexual. A interação sexual foi avaliada nesta família por iniciativa do casal em introduzir esta temática, decorrente de outros assuntos abordados em contexto da consulta. Relativamente à Relação Dinâmica e, mais concretamente, no que se refere à divisão/partilha das tarefas domésticas, ambos consentem que as mesmas estão, maioritariamente ao encargo de Espanha, sendo que, como já referido anteriormente, contam com o apoio de uma empregada doméstica uma vez por semana. Quando abordada a satisfação de ambos nesta questão, os mesmos manifestam-se satisfeitos e referem que sempre foi assim. Abordada a possibilidade de substituição de um pelo outro nas tarefas, Portugal confessa que teria mais dificuldade em adaptar-se, uma vez que está tudo ao encargo da esposa e da empregada, mas soluciona de imediato essa possibilidade “(...) provavelmente o que aconteceria era ter de pedir à empregada para vir cá mais vezes (...)”. Quando questionados sobre o tempo que passam juntos, Espanha refere “Nós agora como somos velhotes, temos muito tempo juntos (risos). Estamos aqui por casa, conversamos muito sobre as notícias, eu vejo aqui o futebol com ele, às vezes vou também caminhar com ele... Antes íamos viajar juntos, agora ultimamente já não temos ido devido à saúde do meu marido. Mas passamos muito tempo

juntos.”. Quando questionados sobre o nível de satisfação relativamente ao tempo que passam juntos, numa escala de 0 a 10, em que 0 significaria nada satisfeitos e 10 muito satisfeitos, ambos classificam com um 10, caracterizando esse tempo como símbolo de “partilha”, “companheirismo” e “apoio” enquanto casal. Deste modo, constata-se que existe satisfação do casal sobre partilha/divisão das tarefas domésticas e satisfação do Casal com o tempo que estão juntos. Ainda dentro da Relação Dinâmica, no que se refere à forma como cada um expressa os seus sentimentos, ambos concordam que Espanha apresenta mais facilidade de expressão, por características individuais de personalidade. O casal, em unísono, considera a expressão de sentimentos importante para a relação, contudo, quando questionados sobre o nível de satisfação com a forma como o fazem, utilizando uma questão de escala, Espanha classifica com um “6 ou 7” e Portugal com “8”. Após esta atribuição, foi questionado a Espanha “Quais os motivos que a levam a classificar com um 6 ou 7 em vez de um 8 ou 9? O que gostaria que fosse diferente?”, à qual responde “Gostava que ele me dissesse mais vezes o que sente, sobretudo em relação a mim, a nós, que me elogiasse, se é que quer elogiar (risos)... Para eu poder também dizer-lhe a ele com mais «à vontade».”. A mesma questão foi aplicada a Portugal, relativamente à sua classificação de 8, respondendo “Dei um 8 porque gostava que ela expressasse os seus sentimentos, como quer expressar. Mas sei que para isso também tenho de falar mais sobre o que sinto, dizer-lhe mais o que penso em relação a ela e claro que tenho coisas para elogiar. Não é muito fácil, porque sempre fui mais reservado.”. No que se refere à Comunicação, o casal mostrou-se satisfeito com todos os aspetos. O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um e considera essa conversa importante, realçando que Espanha refere “falamos (...) sobre planos do futuro... às vezes vem à baila as possibilidades de irmos para um lar, por exemplo.”. Para além disso, ambos reconhecem, um no outro, capacidade para subentender a linguagem não verbal do parceiro(a). Relativamente a chegar a um acordo quando existe discordância de opinião, Espanha diz “Conversamos e tentamos chegar a um acordo.”, acrescentando Portugal que “(...)sempre nos respeitamos em tudo.”. Consideram também que a frequência dos conflitos diminuiu nesta fase do ciclo de vida, justificando Portugal com o facto de “(...) não haver tantas decisões a tomar e tanta coisa para gerir.”. Por fim, relativo ao padrão de comunicação, numa escala de 0 a 10 em que 0 significa nada satisfeito e 10 muito satisfeito, Portugal e Espanha classificam com 10 a satisfação perante o seu padrão de comunicação, classificando como “produtivo” (Espanha) e “bom” (Portugal). Espanha acrescenta ainda que, muitas vezes, até conversam sobre assuntos que a mesma não domina, retratando uma situação “(...)quando ele está a ver futebol, até me diz para ver uma situação ou outra e eu digo «Como não foi amarelo?» e ele diz «Vês, até tu que não percebes nada de futebol, consegues ver que era amarelo»”. Relativamente à Interação Sexual, Espanha, espontaneamente menciona “Aqui há uns anos partilhei com o meu marido que já não sentia prazer nas relações e, desde então, nunca mais tivemos relações.”. Após esta partilha, foi questionado a Espanha “O que pensa disso? Está satisfeita, neste momento, relativamente à

sua interação sexual?”, à qual responde “Sim, Enfermeira. Nesta idade, torna-se mais atraente uma boa conversa do que outras coisas. E nós isso temos muito.”. Portugal não se inseriu na conversa, mas, quando questionado “E Portugal? O que pensa do que Espanha acaba de dizer? Sente-se satisfeito?” responde “Sim, Enfermeira. É como ela disse. Na altura fiquei mais incomodado... mas atualmente isso não é um problema. São outros tempos.”. Perante a colheita de dados, emergiu o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por Não Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos**. Para tal, objetivando que o casal se sentisse satisfeito com a forma como cada um expressa os seus sentimentos considerando um aumento da classificação atribuída quer por Espanha, quer por Portugal relativa à satisfação com este aspeto, realizaram-se as seguintes intervenções:

- Promover a comunicação expressiva dos sentimentos [um pelo outro];
- Planear ritual familiar:
 1. Fornecer duas bolsas, uma para cada um dos membros do casal, cada uma com 11 post-it (o espaço temporal entre consultas abrangia 5 semanas e meia, pelo que se estipularam 2 post-it por semana);
 2. Definir, em parceria com o casal, o número ideal de post-it para 5 semanas (tempo entre consultas), nos quais cada um deve escrever elogios, escritos em dias diferentes, que quer fazer ao parceiro;
 3. Os elogios não necessitam de ser apenas sob forma de adjetivos, mas podem ser também ações (Exemplo: Gosto quando lavas a louça na minha vez);
 4. Explicar que na consulta seguinte, cada um irá ler os post-it que escreveu, em voz alta, para o outro.

Durante a coconstrução do planeamento deste ritual e ao lhes ser perguntada a sua opinião face ao mesmo, facilmente ambos aderiram e consentiram à sua realização. No que refere ao número de post-it selecionados, consideraram o número adequado, podendo-se inferir que nem subvalorizam o outro (menos post-it, menos elogios), nem sobrevalorizam (mais post-it, mais elogios). Na consulta seguinte, aconteceu, então, o momento de partilha na leitura dos elogios que poderei caracterizar como um momento sensível e jovial. Portugal teceu elogios a Espanha como “És minha amiga”, “Tu és amor” e “Gosto muito quando preparas o meu prato preferido: o bacalhau” e Espanha elencou elogios a Portugal como “Gosto dos teus olhos”, “És a minha paixão” e “Gosto muito quando levas o pequeno-almoço à cama”, entre outros que se encontram em imagens no Anexo 6. Após a partilha, quando questionados sobre “O que acharam deste momento?”, Espanha refere “Foi muito bom, Enfermeira, Afinal sempre tem muitas coisas para me elogiar.” e Portugal refere “Tenho, pois. E tu a mim. (...) Foi muito bom.”. Por fim, quando aplicada, novamente, a questão de escala referente à satisfação de ambos sobre a satisfação com a forma como partilham os sentimentos, Espanha diz “6/7? Agora já estou mais

satisfeita, dou 8. Se calhar 9.” e Portugal menciona “Eu dou 10.”. Apesar do objetivo relativo ao aumento da pontuação na questão de escala ter sido alcançado, denotando-se ganhos em saúde, considera-se que a expressão de sentimentos na relação conjugal é um processo complexo e contínuo, que não poderá assumir-se como resolvido à data da última consulta. Deste modo, o juízo associado ao diagnóstico mantém-se e é premente a necessidade da continuidade de cuidados, sobretudo no que se refere à avaliação desta dimensão da Satisfação Conjugal, por parte da enfermeira de família.

Passando para a avaliação da Dimensão Funcional, neste caso do Processo Familiar, percebeu-se que a família Europa conversa sobre os seus problemas e resolvem aquilo que “está menos bem” (Espanha). Para além disso, sentem-se ambos muito satisfeitos com a forma como têm gerido as situações de *stress*, relatando Espanha uma estratégia que, por vezes, é adotada pela família nestas situações “Quando estamos os dois com *stress*, já sabemos que mais vale «arejarmos» um bocado e só depois retomarmos as conversas (...)”, demonstrando capacidade de adoção de estratégias de *coping*. A Família Europa não identifica, atualmente, problemas familiares. No que se refere à Interação de Papéis Familiares, a Família Europa está satisfeita com o desempenhar de todos os papéis, independentemente de quem seja o interveniente principal, havendo assim um Processo Familiar Não Disfuncional manifestado por **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com *Coping* Familiar Eficaz e Interação de Papéis Não Conflitual**.

Na perspetiva individual, Portugal e Espanha, apresentam, cada um deles, **Baixo Risco de Queda**, devido aos seguintes fatores: sem antecedentes de queda nos últimos três meses (0 pontos), apresentam diagnóstico secundário (15 pontos), sem auxílio de deambulação (0 pontos), não estão sob terapia endovenosa (0 pontos), marcha normal (0 pontos) e estão conscientes das suas limitações (0 pontos). Inclui-se no plano de cuidados individual, a intervenção “Avaliar risco de queda” (Escala de Morse), visando a deteção de eventuais alterações no mesmo. As restantes intervenções implementadas neste âmbito, encontram-se associadas ao diagnóstico da família de Precaução de Segurança Não Demonstrada.

Avaliando a foco do envelhecimento em Portugal, questionou-se “O que é para si, ser idoso?” ao qual responde “Normal. É ser normal, faz parte da vida. Cheguei aqui e ainda bem!”. Quando questionado sobre como lida as mudanças que surgiram nesta fase, Portugal diz “Sinto que vou conseguindo fazer as coisas ainda... para já, ainda não tive grandes necessidades de mudança. Até me esqueço da idade que tenho e não me sinto um velho.”. Perante estes dados, pode constatar-se que Portugal se sente ligada e que está situado na sua fase do ciclo de vida, uma vez que reconhece que a mesma “faz parte” e que “para já” não sente necessidades de mudança, denotando-se com esta última expressão que está ciente dos desafios futuros do envelhecimento.

Relativamente a Espanha, foi explorada a preocupação que manifestou em relação à sua filha Itália. Espanha refere que Itália se encontra com um problema de obesidade, motivo que a preocupa “Não me sai da cabeça isto, estou sempre a pensar no mesmo, porque gosto dela e

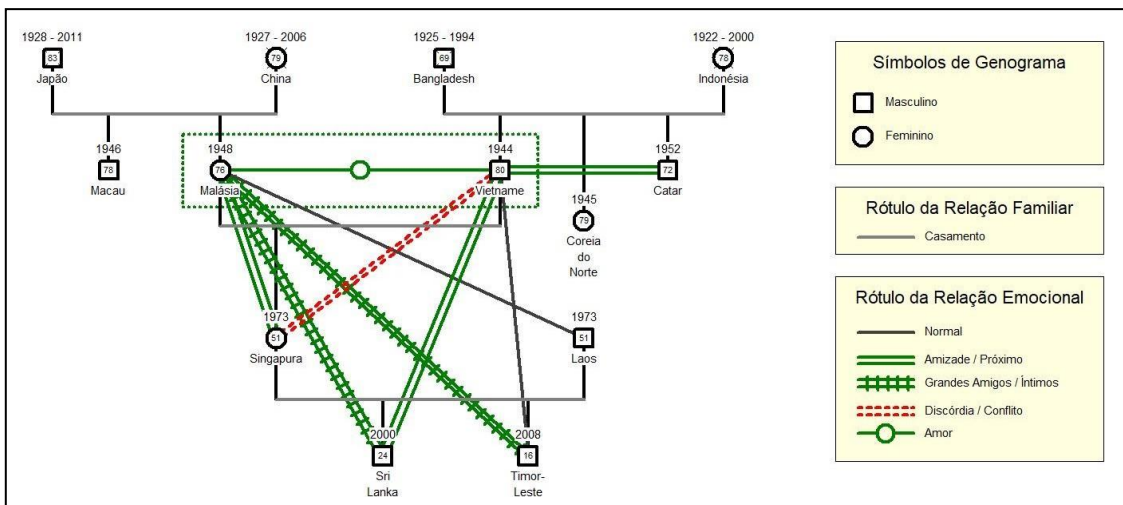
me preocupo com ela. Mas ela não entende que tem de mudar.”. Espanha exterioriza desconforto associado a este pensamento ao mencionar que “Eu até me sinto mal em estar sempre a pensar nisto... Ela já tem a idade que tem, é maior e vacinada e ela é que sabe da vida dela. Às vezes sinto-me ridícula por estar sempre a pensar nisto.”. Quando questionada “A sua filha já tentou mudar alguma coisa nos seus hábitos para combater a obesidade?”, Espanha diz “Não, não tenta fazer nada... Sei que agora há pouco tempo foi ao médico e lhe falou na cirurgia. Mas não fez nada.”. Após os relatos de Espanha e atendendo à definição do foco “Preocupação” no ICN (2019) que se caracteriza por “Crença comprometida: dominar e ocupar a mente de forma a excluir outros pensamentos ou a estar mentalmente distraído.”, considerou-se que Espanha estaria perante **Preocupação Excessiva relacionada com a filha**. Relativamente ao sintoma em si, quando Espanha refere sentir-se “ridícula” por apresentar esta preocupação, utilizou-se a Conotação Positiva de forma a diminuir o sintoma “A preocupação que sente face ao problema de obesidade da sua filha significa que gosta muito dela, que se preocupa e que mantém o seu lado maternal de proteção vincado. Essa preocupação acaba por ter um significado de união no relacionamento entre mãe-filha.”. Relativamente à atitude da filha sobre o problema, foi utilizado o Reenquadramento de forma a conferir uma nova perspetiva à sua ação “Quando me diz que a sua filha ainda não fez nada para mudar comportamentos, permita-me dizer que o facto de Itália ter recorrido a uma consulta médica para instigar sobre a possibilidade de realizar a cirurgia bariátrica é sinónimo de querer mudare tentar fazer algo para resolver o problema. A obesidade é um problema de saúde que nem sempre pode ser resolvido com dieta e exercício físico, pelo que a medida de resolução pode passar pela cirurgia. Assim, apesar de considerar que Itália não está a fazer nada para resolver o problema, pode considerar-se que ela está a procurar outros caminhos, encontrar soluções, analisar possibilidades de ver resolvida a obesidade.”. Com o recurso a estas técnicas, denotou-se em Espanha uma concordância com aquilo que foi conotado positivamente e reenquadrado, revelando uma diminuição na preocupação e uma aceitação relativa ao seu sintoma: “Pois, tem razão, estou preocupada porque gosto dela. Não tenho de me sentir mal por isso.” e “Sim, realmente é verdade: se calhar ela viu que não consegue parar de comer e tem de ser operada. Ao menos tomou consciência, é verdade...”. Existiram, assim, ganhos em saúde para Espanha, já que se conseguiu que integrasse uma outra perspetiva acerca da situação da filha, contudo é necessária a continuidade de cuidados, para que se possa modificar o estado do diagnóstico.

3.1.2.3 Família Ásia

Foram realizadas duas consultas no domicílio à Família Ásia, contando, na primeira, com a

presença dos dois membros que a compõem, Malásia e Vietname e, na segunda, apenas com Malásia. Malásia tem 76 anos e era Professora do Ensino Básico e Vietname, com 80 anos, era técnico de vendas. Apesar de já reformados, Vietname continua a exercer atividade no âmbitos negócios/investimentos, sobretudo no Algarve. O genograma abaixo representado, bem como a psicofigura de Mitchell (Figura 8) são resultantes de respostas a questões lineares colocadas quer a Vietname, quer a Malásia. A Família Ásia é uma família nuclear composta por um único subsistema - o subsistema conjugal, Vietname e Malásia.

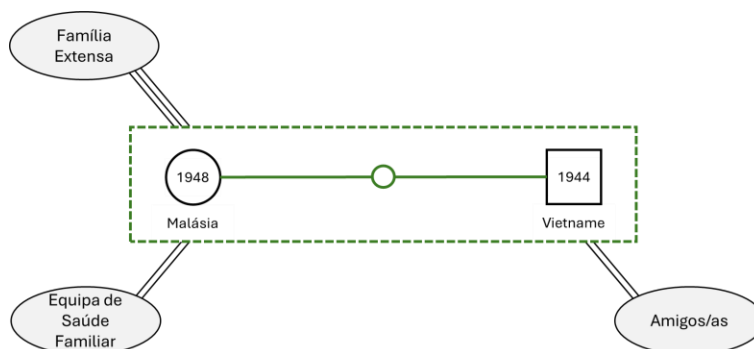
Figura 8 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família Ásia



Atentando ao genograma, relativamente à família extensa, Malásia e Vietname mantêm laços próximos e íntimos com a grande maioria dos familiares diretos. Vietname confessa um relacionamento próximo, mas conflituoso, com a filha, Singapura, devido a incompatibilidades de personalidade que prefere não explorar. No entanto, refere que, apesar das divergências, classifica a convivência com a mesma como possível e saudável. Relativamente a este aspeto, Malásia concorda com o que Vietname diz, acrescentando “São feitos parecidos, sabe... Já não vai mudar como é. Mas eles gostam muito um do outro.”. O contacto com a família extensa é diário com alguns dos intervenientes, nomeadamente com os netos, Sri-Lanka e Timor-Leste, e as funções são, sobretudo, de companhia social, apoio emocional e guia cognitivo/conselhos.

Após análise dos sistemas mais amplos e o tipo de vínculo da Família Ásia com estes, foi elaborado o Ecomapa representado na Figura 9.

Figura 9 - Ecomapa da Família Ásia



A Família Ásia apresenta um relacionamento muito forte com a família extensa e um relacionamento forte com a Equipa de Saúde Familiar e com os Amigos/as, sendo todos estes recursos externos.

Relativamente à Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Família Ásia pertence a uma Classe Média-Alta (11 pontos), uma vez que Malásia era professora de Artes do Ensino Básico (2 pontos), tendo o equivalente ao bacharelato (2 pontos), ambos estão reformados, mas Vietname continua a gerir investimentos da Família, tendo sido considerados os vencimentos como certos (3 pontos), habitam numa casa bastante espaçosa e confortável (2 pontos), localizada num bom local urbano (2 pontos).

O nível de funcionalidade da família Ásia foi considerado altamente funcional (10 pontos), por ambos os membros.

Atentando às dimensões incluídas na matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção por dimensão:

- Dimensão Estrutural: rendimento familiar (origem do rendimento), edifício residencial (tipo de habitação), precaução de segurança (conhecimento sobre utilização de equipamento de aquecimento e gás e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas), abastecimento de água e Animal Doméstico;
- Dimensão de Desenvolvimento: satisfação conjugal (relação dinâmica e comunicação)
- Dimensão Funcional: processo familiar (*coping* familiar e interação de papéis familiares)

Na Dimensão Estrutural, a origem do rendimento familiar situa-se no grau 3, como explanado na Escala de Graffar, sendo o **Rendimento Familiar Não Insuficiente**. Relativamente ao Edifício Residencial, que corresponde a 2 pontos na Escala de Graffar, sabe-se que a família reside numa vivenda T5 no centro da cidade com dois andares, rés-do-chão e primeiro. A família Ásia utiliza, diariamente, o rés-do-chão da vivenda. A vivenda tem cinco quartos, duas cozinhas, uma lavandaria, duas casas de banho completas, duas salas de estar/jantar e uma arrecadação.

Possui ainda garagem e jardim. Todo o espaço da vivenda mostra evidentes sinais de higiene e limpeza, sendo assim considerado um **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado**. O edifício residencial possui abastecimento de água por rede pública, assim como o tratamento de resíduos, sendo, por isso, o **Abastecimento de Água Adequado**. A família apresenta um animal doméstico, nomeadamente um cão de raça Poodle. O animal tem idas recorrentes ao veterinário para vacinação, desparasitação e para tosquia/banho. O animal encontra-se com o pêlo tosquiado e com sinais evidentes de higiene, bem como o local onde habitualmente se encontra (cozinha/lavandaria). Dado o conhecimento demonstrado acerca da vacinação e desparasitação do animal, bem como a avaliação por observação do mesmo, considera-se o **Animal Doméstico Não Negligenciado**. Na área Prevenção de Segurança, a família usufrui de aquecimento central e o abastecimento de gás é por botija, sendo que ambos têm conhecimento e capacidade para a sua correta utilização. Malásia refere que o manuseamento do gás está ao encargo de um estabelecimento privado que vende as botijas, sendo que o reservatório se encontra no exterior da habitação. Relativamente às barreiras arquitetónicas presentes no edifício residencial, encontram-se apresentadas no quadro 3, sendo que apenas foram avaliadas as divisões da casa utilizadas regularmente pela família (rés-do-chão).

Quadro 3 - Barreiras Arquitetónicas do Edifício Residencial da Família Ásia

Divisão do Edifício Residencial	Barreiras Arquitetónicas
Entrada Principal	Degrau
Hall de entrada/corredor	Tapete inseguro
Sala de jantar/estar	Carpets insegura; Cabos elétricos espalhados no chão
Cozinha	Armários altos; Utilização de banco inseguro para alcançar armários; Tapete inseguro; Presença de animal doméstico
Quarto 1	Tapete inseguro; Cabos elétricos espalhados no chão
Quarto 2	Tapete inseguro; Cama baixa; Objetos decorativos no chão
Casa de banho 1	Tapete inseguro
Arrecadação	—
Lavandaria	—

Quando questionada a família sobre a adaptação às barreiras arquitetónicas identificadas, relativamente à presença de tapetes, a família refere que a estratégia a adotar seria eliminá-los. Às restantes barreiras, não oferecem sugestões. Considerou-se a **Prevenção de Segurança Não Demonstrada relacionada com Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas Não Demonstrado** e, com o objetivo de melhorar o conhecimento da família sobre as estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas constantes no edifício residencial, foi realizada a intervenção “**Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas**”, concretizada com as seguintes atividades:

- Explicar à família que devem eliminar os tapetes/carpets que se encontram nas divisões da casa ou, em alternativa, adquirir uma rede/fita antiderrapante que pode ser colocada por baixo dos tapetes/carpets e permite que estes não se desloquem;

- Explicar à família que devem evitar aceder aos armários mais altos com uma cadeira pela sua instabilidade e, em alternativa, devem aceder com um banco estilo escadote apropriado para o efeito (anti derrapante);
- Explicar à família que, enquanto cozinha, o animal de estimação não deve encontrar-se nessa divisão e/OU deve ter um local próprio (cama, caixa) para incentivar a que este não alterne o sítio onde se deita;
- Explicar à família que, em caso de utilização do quarto secundário, existem uns alteadores de cama a colocar nos quatro pontos de suporte da mesma que permitem manter a cama a uma altura ajustada;
- Explicar à família que os cabos elétricos espalhados no chão em zona de passagem devem ser colocados atrás dos móveis, reorganizados junto à tomada ou adquiridas coberturas para os cabos que mantêm os mesmos afastados do chão e unidos.

Na segunda consulta, constatou-se que a Família Ásia tinha adotado as seguintes estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas: eliminaram o tapete da cozinha e da casa de banho; adquiriram um banco apropriado anti-derrapante para alcance dos armários mais altos na cozinha; e, ainda, Malásia refere “Vem cá um senhor colocar as calhas nos cabos, já está combinado. Já tinha pensado nisso, mais por causa da estética até, mas falou-me nas questões da queda e tem toda a razão. É dois em um.”. A família revela conhecimento e menciona as vantagens das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas, mas, tal como explicitado, não adere a todas, pelo que persiste o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com Comportamentos de Adesão Não Demonstrados**.

Na Dimensão de Desenvolvimento, ao avaliar-se a Satisfação Conjugal, na vertente da Relação Dinâmica, no que refere à divisão de tarefas, ambos estão satisfeitos e, apesar de não ter sido planeada “Não foi planeada, sempre assumimos que era assim.” e apesar de ser tudo, maioritariamente ao encargo de Malásia “Sou eu que faço praticamente tudo e sempre foi assim.”, ambos garantem conseguir substituir-se mutuamente, caso o parceiro esteja impossibilitado de realizar alguma tarefa. Relativamente ao tempo que passam juntos, embora Vietname esteja largos dias fora devido aos negócios no sul do país, o casal considera esse tempo ideal, referindo Malásia, em tom de brincadeira, “Também se for demasiado, enjoa.”. Na partilha de sentimentos, a casal mantém na mesma linha de satisfação, confirmando ambos a expressão de sentimentos, sobretudo afeto e apoio mútuo. Naquilo que emerge da Comunicação, o casal assenta no facto da conversa sobre as expectativas e receios ser importante numa relação e garantem facilidade de compreensão da linguagem não verbal entre ambos. Quanto à chegada a um consenso quando existe discordância de opinião, os mesmos consideram o diálogo a principal estratégia de resolução de conflitos, sendo que a frequência destes não aumentou nesta fase do ciclo vital. Quando questionados relativamente à satisfação com o seu padrão de comunicação através de uma questão de escala, classificam-no com 10

(pontuação máxima). Desta forma, chegou-se à conclusão do diagnóstico **Satisfação Conjugal Mantida relacionada com Relação Dinâmica Funcional e Comunicação Eficaz.**

Na Dimensão Funcional, no âmbito do Processo Familiar, mais especificamente no *Coping* Familiar, foi realizado o questionamento linear de forma a perceber se costumam falar dos problemas familiares, se consideram importante falar sobre eles, quem costuma identificar os problemas que surgem na família e, como lidam com o *stress* do outro. Ambos os membros da Família Ásia referem abertura um com o outro para o diálogo sobre os problemas familiares, denotando em Malásia uma maior capacidade de identificação dos mesmos no seio familiar. Ressaltam ainda não só o diálogo como estratégia, mas também a empatia, isto é, a capacidade de se porem no lugar do outro. No que se refere à Interação de Papéis, ambos estão satisfeitos com o desempenhar dos mesmos, sendo que uns são partilhados e outros assumidos, especialmente, por Malásia, garantindo o **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz e Interação de Papéis Familiares Não Conflitual e Eficaz.**

Foi avaliado em Vietname e Malásia o risco de queda segundo a Escala de Morse, sendo que obtiveram o mesmo score, **Baixo Risco de Queda** (15 pontos) e pontuaram nos mesmos fatores de risco: sem antecedentes de queda nos últimos três meses (0 pontos), apresentam diagnóstico secundário (15 pontos), sem auxílio de deambulação (0 pontos), não estão sob terapia endovenosa (0 pontos), marcha normal (0 pontos) e estão conscientes das suas limitações (0 pontos). A intervenção “Avaliar risco de queda” (Escala de Morse) foi incluída em ambos os processos individuais. As restantes intervenções implementadas neste âmbito, encontram-se associadas ao diagnóstico da família de Precaução de Segurança Não Demonstrada.

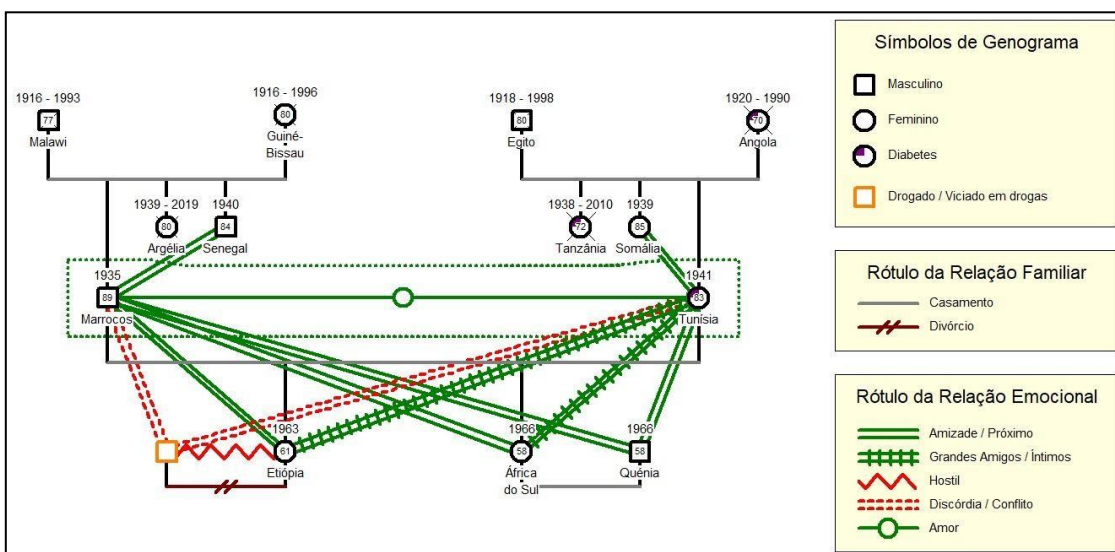
Foi avaliado em Malásia, na segunda consulta, o foco do envelhecimento. Questionou-se acerca de como se sentia nesta fase do seu ciclo vital “Sinto-me feliz e realizada. É bom poder ver os meus a trabalhar, com bons cargos e sucesso, ver os meus netos a estudar para um dia terem um futuro melhor... sinto que lhes passei bons valores e acho que, nós da terceira idade, temos esse dever. Por isso é que também os acompanho tanto [netos],”. Decorrente desta partilha, perguntou-se a Malásia “Qual o legado que deixa aos seus descendentes?”, ao qual responde “Trabalho, dedicação e empatia. Acho que é assim que eles me vêem e sempre vão ver: como uma pessoa que trabalhou e se dedicou àquilo que fazia e alguém que tenta sempre pôr-se no lugar alheio. A minha filha assim o fez, e penso que os meus netos estão no caminho certo.”. Constata-se, perante estas declarações, que Malásia se sente plena naquela que é a sua transição para o envelhecimento. Torna-se evidente, em Malásia, a importância que confere à família, sendo que, segundo Jardim et al. (2006), é na família que o idoso reafirma o seu papel enquanto ser social e encara de forma positiva o envelhecimento. A família potencia a construção da identidade do idoso, podendo considerar a perspetiva de Malásia como um indicador de mestria na vivência da sua transição.

Nos planos de cuidados individuais, quer de Vietname, quer de Malásia, foi avaliada a adesão à vacinação de ambos, focando na Vacinação Sazonal contra a Gripe que, como idosos e grupo vulnerável, devem cumprir. Tanto num membro, como no outro, através da colheita de dados, percebeu-se que ambos teriam intenção em serem inoculados com a vacina. Deste modo, implementou-se a intervenção “Administrar vacina” da Gripe e “Vigiar reação à vacina” a ambos, tendo sido vigiadas as possíveis reações imediatas, bem como após 30 minutos da inoculação. Avaliou-se o conhecimento sobre vacinação de ambos, sendo que referiram os efeitos secundários da vacina, bem como estratégias para atenuá-los. Considerou-se, tanto em Malásia, como em Vietname, os diagnósticos **Adesão à Vacinação** e **Conhecimento sobre Vacinação**.

3.1.2.4 Família África

Foram realizadas duas consultas no domicílio à Família África, contando, em ambas, com a presença dos dois membros que a compõem, Marrocos e Tunísia. A Família África é uma família nuclear composta por um único subsistema - o subsistema conjugal, Marrocos e Tunísia. O genograma e a psicofigura de Mitchell abaixo representados (Figura 10) são o resultado de respostas a questões lineares colocadas quer a Marrocos, quer a Tunísia. “Marrocos tem 89 anos e trabalhava como funcionário público nos caminhos de ferro e Tunísia, com 83 anos, trabalhava como costureira.”.

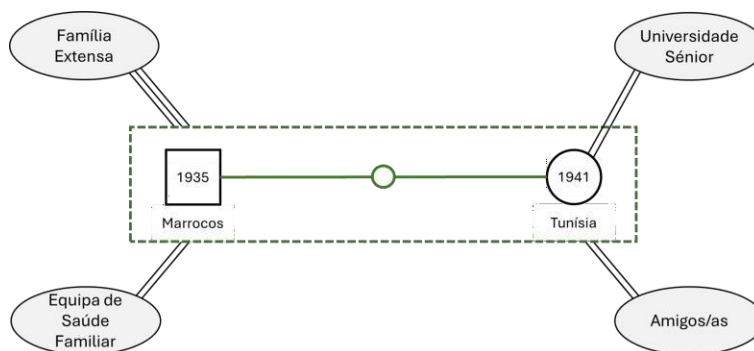
Figura 10 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família África



Analisando o genograma, relativamente à família extensa, Marrocos e Tunísia mantêm laços próximos e íntimos com todos os familiares diretos. Tunísia menciona, várias vezes ao longo da entrevista familiar, que “As minhas filhas são uma bênção.” e Marrocos acrescenta “O meu genro também é à maneira, Uma jóia de um moço.”, demonstrando o carinho e proximidade que o casal tem para com a família extensa. Para além disso, Marrocos tem um relacionamento próximo com o irmão “Conto com ele para tudo. Até, às vezes, vamos às compras juntos para elas porque ele tem carro e eu não.” e Tunísia com a irmã “É a minha confidente.”. A intensidade do contacto com a família extensa é semanal, com alguns diário, e as funções remetem a companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço. A relação emocional entre Etiópia e o ex-marido foi considerada hostil por Tunísia e Marrocos, referindo que a hostilidade se deve ao facto de ser “tóxica”, “não respeitosa” e de “constante provocação”.

Após análise dos sistemas mais amplos e o tipo de vínculo da Família África com estes, foi elaborado o Ecomapa representado na Figura 11.

Figura 11 - Ecomapa da Família África



Analisando o Ecomapa depreende-se que a Família África tem um relacionamento muito forte com a família extensa e um relacionamento forte com a Equipa de Saúde Familiar e com os amigos e amigas de ambos. Para além disso, Tunísia tem um relacionamento forte com a Universidade Sénior que frequenta assiduamente.

Relativamente à Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Família África pertence à Classe Média (18 pontos), sendo que Marrocos era funcionário público nos caminhos de ferro (4 pontos), tendo os dois estudado até à 4ª classe (4 pontos), ambos estão reformados (4 pontos), vivem num apartamento em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho e eletrodomésticos essenciais (3 pontos), localizado numa zona intermédia (3 pontos).

O nível de funcionalidade da família foi considerado altamente funcional (10 pontos) por Marrocos e Tunísia.

Atentando às dimensões incluídas na matriz operativa do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção por dimensão:

- Dimensão Estrutural: rendimento familiar (origem do rendimento e conhecimento/capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares), edifício residencial (tipo de habitação), precaução de segurança (conhecimento sobre utilização de equipamento de aquecimento e gás e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e abastecimento de água;
- Dimensão de Desenvolvimento: Satisfação Conjugal (relação dinâmica e comunicação);
- Dimensão Funcional: processo familiar (*coping* familiar e interação de papéis familiares).

Na Dimensão Estrutural, a origem do rendimento familiar situa-se no grau 4, vivendo das reformas de ambos. Quando questionados acerca da gestão que fazem do dinheiro, Marrocos refere “Tem de ser tudo controlado enfermeira, porque as reformas não são grandes. Tem chegado sempre para pagar as despesas, comprar a medicação e pôr comida na mesa. Mas também não dá para muito mais.” e a Tunísia acrescenta “Quando precisamos assim para alguma coisa fora das despesas, temos de fazer um pé de meia. Não podemos ter muitos luxos. Mas para viver dá, tem de dar.”. Relativamente à questão hipotética “Se acontecesse algum imprevisto que exigisse disponibilizar mais dinheiro, como por exemplo alguma despesa de saúde extra, conseguiriam suportar esse gasto?”, Marrocos responde “Temos algumas economias de quando trabalhávamos que tentamos não mexer para isso mesmo. Preferimos viver assim mais «pela rama» no dia a dia e ter essa segurança”. A Família África não tem casa própria, o apartamento onde habitam pertence à filha, sendo que não pagam renda para lá estar. Considerou-se assim o **Rendimento Familiar Não Insuficiente relacionado com Conhecimento/Capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares**. Relativamente ao Edifício Residencial (3 pontos na Escala de Graffar), a família reside num apartamento T1 no 3º andar de um prédio com 5 andares com elevador. O apartamento tem um quarto, uma cozinha, uma lavandaria, uma casa de banho completa e uma sala de estar/jantar. Todo o espaço da vivenda mostra evidentes sinais de higiene e limpeza, sendo assim considerado um **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado**. O edifício residencial possui abastecimento de água por rede pública, assim como o tratamento de resíduos, sendo, por isso, o **Abastecimento de Água Adequado**. Na área Precaução de Segurança, a família usufrui de aquecimento local (recuperador de calor) e o abastecimento de gás é canalizado, sendo que ambos têm conhecimento e capacidade para a sua correta utilização. Relativamente às barreiras arquitetónicas presentes no edifício residencial, encontram-se apresentadas no quadro 4.

Quadro 4 - Barreiras Arquitetónicas do Edifício Residencial da Família África

Divisão do Edifício Residencial	Barreiras Arquitetónicas
Entrada Principal	Degrau
Hall de entrada/corredor	Tapete inseguro

Divisão do Edifício Residencial	Barreiras Arquitetónicas
Sala de jantar/estar	Carpets inseguras
Cozinha	Armários altos; Utilização de cadeira insegura para alcançar armários
Quarto	Cortinas compridas a dobrar no chão
Casa de banho	Tapete inseguro; Banheira de difícil acesso; Ausência de barras de apoio; Espaço exíguo para movimentação
Lavandaria	—

Quando questionada a família sobre a adaptação às barreiras arquitetónicas identificadas, os mesmos desconhecem estratégias, não sendo capazes de sugerir-las, à exceção da rede anti derrapante para os tapetes, tendo sido considerada a **Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas Não Demonstrado**. Com o objetivo de melhorar o conhecimento da família sobre as estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas constantes no apartamento, foi realizada a intervenção “**Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas**”, concretizada com as seguintes atividades:

- Explicar à família que devem eliminar os tapetes/carpets que se encontram nas divisões da casa ou, em alternativa, adquirir uma rede/fita antiderrapante, como já adquiriram para a cozinha;
- Explicar à família que devem optar por colocar os utensílios que utilizam com frequência nos armários/prateleiras mais baixas de fácil acesso e, nos armários mais altos, colocar utensílios de uso esporádico (por exemplo: louça de festas);
- Explicar à família que devem evitar aceder aos armários mais altos com uma cadeira pela sua instabilidade e, em alternativa, devem aceder com um banco apropriado para o efeito (anti derrapante);
- Explicar à família que a colocação de barras de apoio é uma estratégia que pode ser adotada sem a realização de obras de grande calibre, pois existem barras de colocação fácil na parede (ventosas) que são igualmente seguras;
- Explicar à família que, uma vez que a realização de obras não está ao seu alcance num futuro próximo, para ser mais fácil e seguro aceder e manterem-se em segurança no interior da banheira, devem adquirir uma cadeira/banco chuveiro;
- Explicar à família que as cortinas do quarto, pelo seu comprimento, devem ser substituídas ou cortadas [Tunísia realiza trabalhos de costura nos tempos livres].

Dado o rendimento familiar da Família África, foi realizada a intervenção “**Requerer serviço social**”, no sentido de perceber, junto da assistente social, se existiria possibilidade de apoios para idosos com rendimento familiar médio-baixo no âmbito do edifício residencial, nomeadamente na substituição de uma banheira por um poliban e/ou aquisição de produtos de apoio (barras). Obteve-se, junto do serviço social, a informação de que existia um programa de

remodelação de casas-de-banho de idosos promovido pela Câmara Municipal, mas que só abrangia casas camarárias, o que tornou a Família África não elegível. Em alternativa, a assistente social informou a equipa de saúde familiar que iria analisar a “Lista de Produtos de Apoio ISO”, a fim de perceber se existiria algum que pudesse ser prescrito pelo médico ou enfermeiro de família, bem como auscultar a Segurança Social sobre eventuais apoios neste âmbito. Até à data final do Estágio, não se obteve qualquer outro feedback da equipa do Serviço Social.

Relativamente às estratégias de adaptação, aquando da segunda consulta, Tunísia refere e mostra estar a realizar o arranjo das cortinas de forma a torná-las mais curtas. A Família África refere, também, que já tinha consultado preços das redes anti-derrapantes para os tapetes, apesar de ainda não as ter adquirido. Assim, a família África conhece todas as estratégias e reconhece as suas vantagens, contudo não aderiu a todas estas. Mantém-se o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com Comportamentos de Adesão Não Demonstrados.**

Na dimensão de desenvolvimento, os dados que justificam a Relação Dinâmica Não Disfuncional remetem: à satisfação do casal com a divisão/partilha de tarefas, onde referem que há partilha nas atividades, sendo, por exemplo, Marrocos que lava a loiça e faz a reciclagem, e Tunísia assume a tarefa de cozinhar e das limpezas, acrescentando “(...) nós somos da velha guarda, mas sabemos os dois fazer tudo. Ele ajuda-me a mim e eu ajudo-o a ele.”; à satisfação com o tempo que passam juntos, referindo ambos que sempre passaram muito tempo juntos por serem, para além de casal, “muito amigos” (Tunísia), reconhecendo que desde que se reformaram têm mais tempo disponível um para o outro; e, por último, à satisfação com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, realçando Tunísia que essa partilha “(...) é o que nos mantém juntos.”. Por outro lado, a Comunicação também foi considerada Eficaz, na medida em que ambos se sentem à vontade um com o outro para partilhar expectativas e receios, ambos reconhecem o diálogo como forma de consenso quando existem divergências e estão satisfeitos com o padrão de comunicação que estabelecem. Assim, considerou-se o diagnóstico **Satisfação Conjugal Mantida relacionada com Relação Dinâmica Não Disfuncional e Comunicação Eficaz.**

Na dimensão funcional, referente à Interação de Papéis Familiares, a família África descreve-a, através de respostas a questões lineares, abertas e de escala, como Eficaz e Não Conflitual. Marrocos é quem assume, de forma mais significativa, o papel de gestão financeira e Tunísia os papéis de parente e recreativo. Ambos partilham o desempenhar dos papéis de provedor e cuidado doméstico. Atentando ao *Coping* Familiar, tanto Tunísia como Marrocos, sentem-se satisfeitos com a forma como resolvem os problemas, sendo que privilegiam o diálogo. Procuram sempre expressar ao companheiro o *stress* que possa advir de um problema e, juntos, tentam encontrar formas de o resolver e “amenizar as coisas”, como refere Tunísia. Quando

questionados sobre a existência de problemas na família, Tunísia diz “Entre nós não... Mas, como já lhe disse, a minha filha divorciou-se agora há pouco tempo... Para quê? Eu sei que ele [genro] era um traste, mas isto do divórcio, não sei o que parece.”. Quando questionado a Marrocos, através de uma questão circular, “O que pensa do que acabou de dizer Tunísia, Marrocos?”, o mesmo refere “É verdade, Enfermeira... Eu também não gostava dele, como já lhe disse, mas o divórcio ainda é uma coisa que me faz confusão. Custa a aceitar. Nem conto a ninguém.”. Assim, constata-se que a Família África identifica o divórcio da filha como um problema, que apesar de não ser direto, é um problema associado à família extensa próxima que afeta a dinâmica familiar deste casal. Para tal, considerou-se o **Processo Familiar Disfuncional relacionado com Coping Familiar Não Eficaz manifestado por Crença Cultural dificultadora**, associada ao divórcio, executando-se a intervenção “**Promover estratégias adaptativas/coping na família**”. Recorreu-se à Conotação Positiva com vista ao foco nas causas positivas do problema “não aceitação do divórcio”. Para tal, valorizou-se não o sintoma em si, mas sim a sua relação com outros comportamentos mais importantes “A não aceitação perante o divórcio da vossa filha acontece porque, como já me foram transmitindo, vocês, enquanto casal e família, partilham ambos valores vinculados de amor e união que culminam na ideia de eternidade, ou seja, que o amor é para sempre.”. Por outro lado, procurou-se desconstruir a crença cultural associada ao divórcio, explicitando a evolução das relações conjugais ao longo do tempo “Antigamente, um casamento não era destruído por nada. As pessoas casavam-se e ficavam juntas, com o mesmo parceiro, para sempre. No entanto, muitas vezes, viviam infelizes durante anos, agarradas à ideia de que não poderiam rumar a vida noutra sentida. Hoje em dia, o divórcio tornou-se algo banal: é normal as pessoas divorciarem-se, sobretudo no que se refere às mulheres que estão mais empoderadas e têm mais capacidade de decidir o seu próprio futuro e, sobretudo, têm oportunidade de escolherem ser felizes, como aconteceu com a vossa filha. Se olharmos à nossa volta, todas as pessoas que conhecemos têm alguém na família ou conhecem alguém próximo que se divorciou, tornando o divórcio num processo quase tão comum como o casamento em si.”. Não foi possível avaliar o resultado desta intervenção, uma vez que não existiram consultas seguintes, perspetivando-se a continuidade de cuidados com a enfermeira tutora.

Foi aplicada a Escala de Morse para avaliação do risco de queda em ambos, tendo obtido o mesmo score, **Baixo Risco de Queda** (15 pontos), com pontuação nos mesmos fatores de risco: sem antecedentes de queda nos últimos três meses (0 pontos), apresentam diagnóstico secundário (15 pontos), sem auxílio de deambulação (0 pontos), não estão sob terapia endovenosa (0 pontos), marcha normal (0 pontos) e estão conscientes das suas limitações (0 pontos). A intervenção “Avaliar risco de queda” (Escala de Morse) foi incluída no plano de cuidados individual de ambos. As restantes intervenções implementadas neste âmbito, encontram-se associadas ao diagnóstico da família de Precaução de Segurança Não Demonstrada.

Referente à transição para o envelhecimento, quando questionado sobre como se sentia enquanto idoso, Marrocos refere “Bem. A idade traz doenças e traz «ferrugem», mas sinto-me bem.”. À pergunta “Há 40 anos atrás, via a vida da mesma forma que hoje? Se não, quais as diferenças que aponta?”, Marrocos refere “Não, claro que não vejo a vida como antes mas, sinceramente, acho que agora é que vejo a vida. Sabe que na juventude, não damos valor àquilo que temos, não ligamos às coisas simples, porque é sempre a correr. Mas, agora, dou valor ao pouco que tenho e até cuido mais de mim, porque tenho mais tempo.”. Percebe-se que, Marrocos, encara a transição para o envelhecimento como positiva e sente-se integrado na mesma, reconhecendo aspetos vantajosos desta etapa.

Atentando individualmente a Tunísia, quando abordada a questão da sua patologia crónica Diabetes *Mellitus* tipo 2, a mesma refere “Eu não entendo porque tenho isto, Enfermeira. Tomo a medicação, vou à ginástica, temos mil e um cuidados com a alimentação... e foi-me calhar a mim. Gostava de perceber como sou diabética.”. Tunísia apresenta cognição preservada, disponibilidade para aprender e volição, existindo **Potencial para melhorar conhecimento sobre diabetes**. Perante o sucedido, procedeu-se à intervenção “**Ensinar sobre diabetes**” e, como atividade que concretiza a intervenção, recorreu-se ao Genograma, já elaborado para a Família África, que espelha a prevalência da doença na sua família (tanto a mãe como a irmã de Tunísia apresentavam a mesma doença) com o objetivo de melhorar o conhecimento de Tunísia acerca da doença, nomeadamente relativamente ao fator de risco hereditariedade. Após análise visual do Genograma por Tunísia associada à explicação de que o risco de desenvolver Diabetes *Mellitus* tipo 2 está aumentado quando existiam familiares, sobretudo diretos, com a doença, a mesma responde, no imediato, “Não sabia, Enfermeira. Pensei que isto só tinha a ver com a alimentação. Mas sim, realmente a minha mãe e a minha irmã também tinham e eu herdei isso então.”. Na consulta seguinte, quando reavaliado o conhecimento de Tunísia sobre a diabetes, a mesma demonstra conhecimento e é capaz de explicar que o risco da diabetes está, também, associado à presença da doença da família. Desta forma, foi possível modificar o diagnóstico, demonstrando Tunísia **Conhecimento sobre diabetes**.

3.1.3 Ganhos em Saúde para as Famílias e para os seus Membros

Segundo o Ministério da Saúde (2011), os ganhos em saúde centram-se na melhoria das condições dos clientes, resultado das intervenções realizadas, partindo dos problemas de saúde identificados. A OE (2003) acrescenta que, relativamente aos cuidados de enfermagem, os

ganhos em saúde espelham as evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções dos enfermeiros.

Os indicadores de saúde são instrumentos de medida reduzida que transmitem, direta ou indiretamente, informações cruciais sobre diferentes qualidades e dimensões da saúde, assim como dos fatores que a determinam (Ministério da Saúde, 2011).

De seguida, no Quadro 5, encontram-se explanados os resultados das taxas de avaliação, taxas de prevalência e indicadores de resultado, que culminam nos ganhos em saúde.

Quadro 5 - Ganhos em Saúde

Avaliação Estrutural			
Foco	Indicador	Fórmula	%
Dimensão Estrutural	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas na dimensão estrutural / N° total de famílias X 100	100
Composição Familiar	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas na dimensão estrutural / N° total de famílias X 100	100
Tipo de Família	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas na composição familiar / N° total de famílias X 100	100
Família Extensa	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas em família extensa / N° total de famílias X 100	100
Sistemas mais Amplos	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas em sistemas mais amplos / N° total de famílias X 100	100
Classe Social	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas em sistemas mais amplos / N° total de famílias X 100	100
Edifício Residencial	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas em ER / N° total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	N° de famílias com ERNS / N° total de famílias X 100	0
Rendimento Familiar	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas em RF / N° total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	N° de famílias com RFI / N° total de famílias X 100	0
Precaução de Segurança	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas em PS / N° total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	N° de famílias com PSND / N° total de famílias X 100	100
Precaução de Segurança (conhecimento)	Taxa de prevalência	N° de famílias com CND / N° total de famílias X 100	100
	Modificação positiva no estado diagnóstico	N° de famílias com diagnóstico positivado em C / N° total de famílias com CND X 100	100
Precaução de Segurança (“comportamentos de adesão”)	Taxa de prevalência	N° de famílias com CAND / N° total de famílias X 100	100
	Modificação positiva no estado diagnóstico	N° de famílias com diagnóstico positivado em CA / N° total de famílias com CAND X 100	0
Abastecimento de Água	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas em AA / N° total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	N° de famílias com AANA / N° total de famílias X 100	0
Animal Doméstico	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas em AD / N° total de famílias X 100	25

	Taxa de prevalência	Nº de famílias com ADN / Nº total de famílias X 100	0
Dimensão do Desenvolvimento			
Foco	Indicador	Fórmula	%
Dimensão Desenvolvimento	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias avaliadas na dimensão desenvolvimento / Nº total de famílias X 100	75
Satisfação Conjugal	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias avaliadas em SC / Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	75
	Taxa de prevalência	Nº de famílias com SCNA / Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	25
Satisfação conjugal (relação dinâmica)	Taxa de prevalência	Nº de famílias com RDD / Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	25
	Modificação positiva no estado diagnóstico	Nº de famílias com diagnóstico positivado em RD / Nº total de famílias com RDD X 100	0
Satisfação Conjugal (comunicação)	Taxa de prevalência	Nº de famílias com CNE/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	0
Satisfação Conjugal (interação sexual)	Taxa de prevalência	Nº de famílias com ISNA / Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	0
Dimensão Funcional			
Foco	Indicador	Fórmula	%
Dimensão Funcional	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias avaliadas na dimensão funcional / Nº total de famílias X 100	100
Papel de Prestador de Cuidados	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias avaliadas em PPC / Nº total de famílias com membro dependente X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº de famílias com PPCNA / Nº total de famílias com membro dependente X 100	100
Papel de Prestador de Cuidados 1) Conhecimento do Papel	Taxa de prevalência	Nº de famílias com CPND / Nº total de famílias com membro dependente X 100	0
Papel de Prestador de Cuidados 2) Comportamento de adesão	Taxa de prevalência	Nº de famílias com CAND / Nº total de famílias com membro dependente X 100	0
Papel de Prestador de Cuidados 3) Consenso do papel	Taxa de prevalência	Nº de famílias com CPN / Nº total de famílias com membro dependente X 100	0
Papel de Prestador de Cuidados 4) Conflitos de papel	Taxa de prevalência	Nº de famílias com CPS / Nº total de famílias com membro dependente X 100	0
Papel de Prestador de Cuidados 5) Saturação do papel	Taxa de prevalência	Nº de famílias com SPS / Nº total de famílias com membro dependente X 100	100
	Modificação positiva no estado diagnóstico	Nº de famílias com diagnóstico positivado em SP / Nº total de famílias com SPS X 100	0
Processo Familiar	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias avaliadas em PF / Nº total de famílias X 100	75
	Taxa de prevalência	Nº de famílias com PFD / Nº total de famílias X 100	25
Processo Familiar 1) Coping Familiar	Taxa de prevalência	Nº de famílias com CFNE / Nº total de famílias X 100	25

	Modificação positiva no estado diagnóstico	Nº de famílias com diagnóstico positivado em CF / Nº total de famílias com CFNE X 100	0
Processo Familiar 2) Interação de papéis	Taxa de prevalência	Nº de famílias com IPNE / Nº total de famílias X 100	0

Analisando a informação exposta no quadro, depreende-se que, na dimensão estrutural, 100% das áreas de atenção que constam na matriz do MDAIF foram avaliadas, requerendo intervenção apenas a Precaução de Segurança. Considerou-se uma percentagem de 100% nos ganhos em saúde, na vertente do conhecimento sobre as estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. Contudo, atendendo à vertente introduzida nesta área de atenção, considerou-se que não existiram ganhos em saúde nos comportamentos de adesão, uma vez que, apesar de todas as famílias terem adotado algumas das estratégias, nenhuma o fez na íntegra, possibilitando a eliminação de todos os fatores que pudessem comprometer a segurança, no que se refere ao risco de queda.

Na dimensão do desenvolvimento, todas as famílias possuíam subsistema conjugal, contudo foi excluída uma família que não reunia condições de avaliação (Família América, por alteração da cognição de Brasil), o que resultou num valor de 75% de taxa de avaliação familiar. Atendendo às características das famílias, a única área alvo de avaliação foi a Satisfação Conjugal. Apenas uma das famílias revelou Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional, o que se reflete num valor de 25%, no qual não se considerou positivado o diagnóstico devido ao número insuficiente de consultas *à posteriori* da intervenção realizada. Contudo, detetaram-se ganhos em saúde parciais, uma vez que ambos os membros do casal, após implementada a intervenção, atribuíram pontuações superiores na questão de escala referente à sua satisfação com a expressão de sentimentos.

Na dimensão funcional, foram avaliadas 100% das famílias. Quanto ao papel de prestador de cuidados, apenas uma família era constituída por um membro dependente, pelo que apenas essa foi avaliada, constituindo 100% na taxa de avaliação familiar. O diagnóstico Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado relacionado com Saturação de Papel SIM foi considerado e alvo de intervenção, no entanto não se obteve a modificação do estado do mesmo, já que, apesar de as intervenções realizadas manifestarem sucesso, também pelo número insuficiente de consultas, não foi possível determinar a saturação da cuidadora, pelo facto da pessoa dependente ainda não se encontrar a dormir na cama articulada. Relativamente ao Processo Familiar, 75% das famílias foram avaliadas, sendo que apenas em 25% surgiu Processo Familiar Disfuncional, no qual, após intervenção, não se conseguiu positivar o diagnóstico, justificado, à semelhança de outros diagnósticos, pelos *timings* no qual se desenrolou a componente clínica e pela necessidade de tempo para efetivar a mudança comportamental.

Na perspectiva individual, dos membros da família, considera-se que existiram ganhos em saúde após as intervenções realizadas, decorrentes de necessidades que emergiram ao longo das consultas e que foram vistas como prioritárias. Assim, os ganhos em saúde individuais dos membros das famílias surgiram nos focos: Adesão ao Regime de Exercício, Gestão do Regime de Exercício, Preocupação, Adesão à Vacinação e Conhecimento sobre diabetes.

Em suma, considera-se que existiram ganhos em saúde sensíveis às intervenções no âmbito da ESF concretizadas. No entanto, não se alcançou a mudança de estado de alguns dos diagnósticos, pelo que é premente a necessidade de continuidade de cuidados.

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

Neste subcapítulo, serão explanadas as atividades desenvolvidas no âmbito das unidades de competência referentes à competência específica do EEECESF enunciada no título, descrita no Regulamento 428/2018 (OE, 2018).

Esta competência visa gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados às famílias, sendo que, para se fazer cumprir este descritivo, surgem as unidades de competência, tornando-se necessário, por um lado, realizar articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família e, por outro lado, gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. Referente à articulação com outras equipas de saúde, é crucial que seja promovida a colaboração interdisciplinar, efetuada referência para outros profissionais de saúde, realizada orientação da família com vista à melhoria da qualidade e custo dos serviços oferecidos e, ainda, garantida a gestão da continuidade de cuidados de saúde com outras UF ou instituições. A segunda unidade de competência, entre os vários critérios de avaliação, pressupõe que o EEECESF assegure processos de mentoria e *coaching* aos membros da equipa interdisciplinar, desenvolva e avalie programas de saúde relativos à ESF, promova uma cultura organizacional de formação, prática e investigação interprofissionais e utilize sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados na ESF, conferindo visibilidade aos conhecimentos da área (OE, 2018).

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

A temática da interdisciplinaridade tem vindo a demonstrar uma importância crescente (Mateus, 2015), dada a atualidade do quotidiano, no que se refere à complexidade e interconectividade presentes nos contextos de trabalho, de ensino, de cuidados, lúdico, entre outros (Alves et al., 2019; Chen & Luetz, 2020; Zuo & Zhao, 2018). A interdisciplinaridade pode ser considerada um processo dinâmico, no qual, o objeto de estudo é abordado de forma integral e é resultante de uma conceção multidimensional dos fenómenos (Cordeiro et al., 2021). Em termos práticos, é vista como esforço e um contributo para superar e/ou diminuir a fragmentação do conhecimento em determinada área, sendo esta inquietação particularmente importante na área da saúde (Cordeiro et al., 2021). Atendendo ao tipo de famílias alvo de cuidados, importa realçar que a troca de saberes partilhados, na prestação de cuidados a famílias com membros idosos, é fundamental no atendimento às suas necessidades, já que a intervenção com qualidade, no cuidado ao idoso, implica a conjugação de múltiplos olhares, quer profissionais, quer de todos os intervenientes no processo de envelhecer, nomeadamente da família e/ou dos cuidadores informais (Cordeiro et al., 2021). Através da relação entre as várias disciplinas podem ser detetados fatores inexplorados (Neves, 2012) condicionantes da saúde da família e dos seus membros. Para além disso, a interdisciplinaridade e as redes interprofissionais constituem-se como alicerces para uma investigação inovadora, apresentando-se a integração de serviços de saúde e sociais, como uma exigência à realidade global do envelhecimento da população (Velikonja, 2020). O papel do EEECESF, neste processo de interdisciplinaridade, visa a coordenação entre o cliente alvo de cuidados (família e/ou indivíduo) e a equipa multidisciplinar, a fim de garantir a prestação de cuidados holísticos e assegurar a maximização dos ganhos em saúde (Cordeiro et al., 2021; Schlunegger et al., 2022).

Ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, foi transversal, no decorrer de todo o processo, a articulação entre os diferentes grupos profissionais que integram a equipa da USF, nomeadamente a equipa de enfermagem, a equipa médica e a equipa do secretariado clínico. Todos os elementos, que constituem o processo de enfermagem, resultantes da avaliação das famílias e dos seus membros, como dados, diagnósticos, intervenções e resultados, foram registados no sistema de informação SClínico-CSP®, podendo ser consultados quer pela equipa médica, quer pela equipa de enfermagem. No agendamento de consultas, na procura por contactos alternativos das famílias e seus membros, e aquando da recolha de informação acerca do contexto de estágio, o contributo da equipa do secretariado clínico foi essencial e facilitador, sobretudo no que refere à acessibilidade e prontidão de resposta. Importa também referenciar

a articulação realizada com a equipa de segurança, equipa da limpeza e equipa da Câmara Municipal, externas à equipa que compõe a USF, uma vez que, respetivamente, o encaminhamento das famílias e seus membros nas consultas realizadas na USF, a manutenção das condições salubres dos gabinetes e o transporte para os domicílios foram sempre garantidos. Assim, foi promovida a colaboração interdisciplinar e interprofissional entre as diferentes equipas de saúde e outras equipas indispensáveis para o funcionamento do serviço.

No âmbito da referenciação, o limite do papel e das competências enquanto profissional e mestranda foi reconhecido, tendo sido realizada referenciação para profissionais com níveis de perícia diferenciados (UCC) e outros grupos profissionais (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP], nomeadamente Serviço Social), sempre que as necessidades das famílias e dos indivíduos justificaram. Deste modo, foi desenvolvida a consciência profissional promotora da referenciação de situações problemáticas identificadas na família e nos seus membros, para outros profissionais envolvidos nos cuidados de saúde, permitindo a continuidade de cuidados e potenciando melhores resultados em saúde. Ressalta-se a importância desta competência do enfermeiro de família, já que as famílias e os seus membros, enquanto utilizadores do ACeS, apenas têm acesso a estes recursos e assistência (UCC e URAP) se referenciados. Assim, foram referenciadas duas famílias, após as respetivas permissões, através do SClínico-CSP®, garantindo a gestão da continuidade dos cuidados de saúde com outras UF.

3.2.2 Gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

Segundo o Ministério da Saúde (2024), os Sistemas de Informação (SI) promovem a cooperação, a partilha de conhecimentos e informação, culminando no desenvolvimento de atividades de prestação de serviços. Os principais objetivos dos SI centram-se em melhorar a acessibilidade, a eficiência, a qualidade, a continuidade de cuidados, e aumentar a satisfação quer dos profissionais, quer dos cidadãos que usufruem dos serviços (Ministério da Saúde, 2024). Os SI podem, assim, ser entendidos como um conjunto de procedimentos que visam a transmissão de informações entre indivíduos e órgãos através de qualquer meio (Benito & Licheski, 2009). No campo da saúde, os SI tornam possível uma ação de recolha de dados, processamento, análise e transmissão de informação (Benito & Licheski, 2009), que possibilita às organizações e população planear, financiar, administrar, medir e avaliar os serviços de saúde, bem como manter o acesso à informação atualizada crucial na tomada de decisão clínica (Silva, 2016). Os

SI em suporte eletrónico, como conhecemos e usufruímos na atualidade, surgem após a Primeira Guerra Mundial a par da informática (Silva, 2016). Em Portugal, no ano 2009, criou-se um grupo de trabalho cujo objetivo era definir o Registo Clínico Eletrónico, tendo refletido neste domínio, definido modelos e especificações nacionais e, entre outras finalidades, integrado iniciativas da União Europeia (Despacho n.º 10864/2009, Diário da República, 2.ª série – N.º 82 – 28 de Abril de 2009), culminando nas estratégias desenvolvidas pela Comissão para a Informatização Clínica (Silva, 2016). Todo este percurso resultou na proposta de uma estrutura para “Registo de Saúde Eletrónico”, assente no princípio de que “(...) a informação de saúde relevante de qualquer utente deve estar acessível, de forma controlada, ao profissional de saúde que lhe presta um qualquer serviço, independentemente do local, da origem e da prestação (...)” (Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS, IP], 2009, p. 7). A inclusão das novas tecnologias nas unidades de saúde, como os SI, tornou-se uma estratégia de alcance da qualidade dos cuidados que não só garante a segurança do cliente pela redução de erros clínicos, como também permite uma diminuição dos custos associados aos serviços de saúde (Karimi et al., 2015; Chaves & Miranda, 2023). No que respeita concretamente aos enfermeiros, os SI promovem a melhoria do conhecimento, minimizam distância e tempo, aumentam disponibilidade de acesso, o que resulta numa ágil e dinâmica troca de informações (Silva, 2016). Assim, nasce o SClínico-CSP®, criado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, caracterizando-se por ser um sistema de informação evolutivo, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrado no cliente, prevendo a uniformização dos registos clínicos de maneira a garantir a normalização da informação (Ministério da Saúde, 2024).

Perante o descrito anteriormente, foi utilizado, no decorrer de todas as consultas às famílias e seus membros, o SClínico-CSP® como ferramenta de documentação dos cuidados prestados, quer fossem dados avaliativos, diagnósticos, intervenções e referências para outros profissionais de saúde, quer fosse a consulta do processo clínico dos clientes como forma a promover a continuidade de cuidados. Aquando dos Estágios, foram detetados handicaps neste SI, nomeadamente no que se refere ao Programa Saúde da Família, pelo facto de, por um lado, não envolver todas as áreas de atenção consideradas pertinentes numa avaliação familiar e, por outro lado, não contemplar a sugestão de intervenções decorrentes dos dados avaliativos recolhidos e respetivos diagnósticos nomeados. Para além disso, o facto do SClínico-CSP® não transpor a documentação dos cuidados dos processos familiares para os processos individuais, revelou-se como uma limitação deste sistema, que obriga os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, a realizar uma duplicação de registos, existindo quer o dispêndio de tempo, quer o risco de perda de informação. Estas lacunas do SI SClínico-CSP® diminuem a qualidade dos cuidados e a obtenção de ganhos em saúde, sobretudo no âmbito da continuidade de cuidados, pois, como refere Santos (2009), o desenvolvimento e utilização da tecnologia no âmbito da saúde, está intimamente relacionado com a melhoria da qualidade de vida dos clientes e respetiva vigilância em saúde.

O conceito de cultura organizacional pode ser entendido como um conjunto de crenças, valores, costumes, ideias, linguagens, conhecimentos e informações, partilhadas e transmitidas que, ao criarem regras de conduta, norteiam a relação e os comportamentos de uma determinada organização (Wiener, 1988; Neves, 2000; Souza et al., 2018). A análise e compreensão da cultura organizacional, possibilita a integração dos valores percebidos pelos profissionais da organização e proporciona o seu envolvimento na estratégia da mesma, resultando num incremento da motivação, do trabalho em equipa e no alcance de objetivos (Robbins, 2005). No que respeita ao setor da saúde, sabe-se que ocorrem, permanentemente, mudanças no seu ambiente, pelo que o desenvolvimento, a implementação e a utilização de sistemas de gestão e avaliação do desempenho organizacional, assumem-se como desafios cruciais para o seu sucesso (Basílio, 2022). O sucesso é determinado consoante a concretização das metas da organização, através de indicadores que medem a eficiência e a eficácia (Zhang & Zhu, 2012) que são parte integrante da contratualização, sendo esta, um meio de melhoria da capacidade de resposta às necessidades dos clientes e redução de custos associados à prestação de cuidados de saúde. Sabe-se que a contratualização com os CSP é uma cultura implementada em Portugal (ACSS, IP, 2020), que deve estar em alinhamento com os Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde, a fim de obter os melhores resultados em saúde (ACSS, IP, 2022). Para tal, a negociação dos Planos de Ação e de Desempenho é baseada na identificação das necessidades em saúde que vigoram e, a sua avaliação, é operacionalizada através de uma matriz multidimensional da atividade, tendo como referência o IDG que corresponde ao valor resultante da soma ponderada dos IDS (ACSS, IP, 2022).

Assumindo o supracitado, ao analisar a contratualização, quer do ACeS, quer da USF, que consta no capítulo referente à caracterização do contexto clínico, percebeu-se que ambos contratualizaram incrementos de valores de indicadores sensíveis às atividades desenvolvidas e explanadas no presente relatório. Constatou-se que as consultas de enfermagem realizadas às famílias nucleares com membros idosos incluídas no presente relatório, teriam um contributo positivo não só naquele que é o indicador 294, por incluir tanto idosos dependentes como idosos independentes, aumentando assim o número de domicílios por 1000 idosos inscritos, como também no indicador 428 que remete à “Segurança de Utentes”, uma vez que a avaliação e intervenção familiar inerente à dimensão estrutural do MDAIF, preconiza a implementação de medidas que previnam a queda, como evidenciado no subcapítulo anterior. Para além disso, a fim de iniciar a construção de uma base para dar resposta à realização de uma auditoria aos registos clínicos no domicílio dos doentes idosos onde tenham sido analisadas medidas para prevenir quedas, foi criado um instrumento de verificação de documentação dos cuidados, que inclui avaliação da documentação dos cuidados na área da precaução de segurança, a ser aplicado aos processos clínicos dos idosos nos quais a consulta de enfermagem foi realizada no domicílio (Anexo 7), que irá ser abordado, com detalhe, mais à frente no presente capítulo. Este instrumento foi facultado à USF para que pudessem adotá-lo e/ou

adaptá-lo de forma a realizarem a auditoria interna aos registos clínicos que também dá resposta à melhoria do indicador 428.

Segundo a OE (2016), a formação e o desenvolvimento profissional são considerados pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade do desempenho da profissão e, conseqüentemente, dos serviços prestados. Abreu (2001, p. 105) define formação como “um processo complexo de aprendizagens, que se reflete no desenvolvimento da estrutura do sujeito, designadamente aos níveis cognitivo, afetivo, motor, relacional e transformativo”. Nóvoa (1991), por sua vez, traz-nos a ideia de que a formação, sob forma de aquisição de conhecimento e capacidade, não é adquirida através da acumulação de diplomas, devendo esta ser privilegiada nos contextos laborais, nos quais existe interação entre os saberes e as práticas. Botelho (1998) corrobora esta afirmação ao referir que os contextos de trabalho são preponderantes na formação, já que permitem aliar, de forma íntima, a experiência com o conhecimento. A formação em serviço, na área de Enfermagem é inerente à profissão há décadas, estando no Decreto-Lei nº437/91 de 8 de novembro (p. 5723) espelhada a importância deste tipo de formação no desenvolvimento e evolução do exercício profissional “A natureza da profissão de enfermagem (...) deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos (...), prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua (...)” (Ministério da Saúde, 1991). De acordo com a mesma legislação, a formação em serviço deve ter em conta as necessidades da equipa de enfermagem no seu todo, sem nunca descurar as necessidades individuais de cada um dos profissionais que a integram. A ideia de que a formação contínua, na área de Enfermagem, assume um papel relevante, mantém-se na atualidade, estando descrito no Decreto-lei 71/2019 de 27 de maio, que a formação dos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem apresenta caráter de continuidade e pressupõe objetivos de atualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projetos no âmbito da investigação (Ministério da Saúde, 2019).

Dias (2004) refere que a formação envolve diferentes dimensões como o saber (conhecimento), o saber-fazer (capacidade), o saber-ser (atitudes e comportamentos) e o saber-aprender (atualização e adaptação à evolução das situações), sendo, todos estes, essenciais para o desenvolvimento do saber-transformar, que consiste numa interação entre todos estes saberes com os contextos de trabalho, refletindo a importância da formação em serviço como um dos principais meios de aprofundamento de competências. O mesmo autor ressalta que a formação em serviço difere dos outros tipos de formação na sua ocorrência em simultâneo com a prática profissional, refletindo-se na resolução de problemas das diferentes unidades ou serviços. Através da formação em serviço, é promovida, nos enfermeiros, a realização de um confronto entre a teoria e a prática, isto é, entre o ideal e o real, podendo induzir importantes mudanças de comportamentos (Marques, 2021).

Atentando a todos estes aspetos evidenciados na literatura, às competências comuns e específicas do EEECESF e, ainda, à Área “Formação Profissional” referente ao IDS do IDG (ACSS, IP, 2023) da USF, foi desenvolvido um processo formativo, na USF, com o objetivo de liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF. Primeiramente, foi realizado um levantamento e análise de necessidades formativas da equipa, quer via observação e escuta ativa dos elementos da equipa de enfermagem, quer através de um questionário de diagnóstico de necessidades aplicado aos mesmos (Anexo 8). No Módulo I do Estágio, aquando da caracterização das 60 famílias e respetiva documentação dos cuidados através do SClínico-CSP®, foi relatada por toda a equipa de enfermagem, sem exceção, a dificuldade e/ou desconhecimento face às potencialidades do sistema informático, no que concerne à documentação na área da ESF. O Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril (p.1756), que firma a criação da OE, realça a importância da utilização das tecnologias disponíveis como parte integrante da excelência no exercício da profissão de enfermagem “(...) o enfermeiro procura (...) a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (Ministério da Saúde, 1998). Assim, tal como refere Santos (2009), a tecnologia, por si só, não traz qualquer tipo de benefício no ramo da saúde, ao invés da utilização que os profissionais de saúde fazem dela, resultando em bons níveis de desempenho profissional.

Perante a necessidade partilhada por toda a equipa de enfermagem, no que se refere ao aproveitamento das potencialidades do SI SClínico-CSP® na avaliação e intervenção familiar, foi decidido não só elaborar um questionário de diagnóstico de necessidades (Anexo 8), como também um instrumento de verificação da documentação dos cuidados (Anexo 7). O questionário de diagnóstico de necessidades teve como principal objetivo mapear o conhecimento e a capacidade dos elementos da equipa de enfermagem, relativo à avaliação e intervenção familiar. É composto por duas partes (I e II), estando à parte I alocadas questões relativas à caracterização sociodemográfica da população alvo e questões relativas à prática clínica no âmbito da ESF e, na parte II, surgem 17 afirmações, de resposta verdadeiro/falso, inerentes a aspetos teóricos da ESF. Da parte I, resultou que 71% da equipa não era detentora de formação específica na área de ESF (pós-graduação, mestrado ou outra), sendo que, dos 29% com formação, 43% considera a mesma não suficiente. Emergiu o facto de 100% da equipa ser conhecedora do MDAIF e, quando questionados, em campo aberto, sobre os aspetos fundamentais numa formação sobre o modelo, surgem respostas como “Operacionalização do modelo teórico”, “Identificar aplicabilidade prática” e “Transporte da informação recolhida para registo no SClínico-CSP®”. No que reporta à documentação dos cuidados às famílias, 71% da equipa considera fazê-lo, quer seja no Processo Familiar, no Processo Individual ou até mesmo em campo livre nas “Notas” associadas aos contactos. Quando questionados sobre a nomeação dos programas de saúde que seleccionam aquando da documentação dos cuidados às

famílias, nenhum elemento menciona o programa “Saúde da Família”. Os elementos pertencentes aos 71% que considera realizar a documentação dos cuidados às famílias, relatam “O sistema informático carece de intervenções sugeridas face ao foco, “Falta de domínio total do SClínico-CSP®”, “Necessidade de duplicação de registos”, “Programas pouco intuitivos” e “Intervenções limitadas” como dificuldades sentidas no processo. Os 29% da equipa que referem não realizar a documentação dos cuidados às famílias, apontam como principais motivos: “Falta de conhecimento sobre a forma de documentação dos cuidados no SClínico-CSP®” e “Programa de Saúde Familiar pouco desenvolvido no SClínico-CSP®”. Relativamente à autoperceção de cada profissional face à sua competência para avaliação e intervenção familiar, numa escala de 0 a 10, em que 0 significaria totalmente incompetente e 10 significa totalmente competente, a média de respostas foi de 6.5 e 6.7, respetivamente. Quando abordadas, especificamente, questões relativas à avaliação e intervenção familiar, em famílias nucleares com membros idosos, 86% da equipa refere já ter realizado avaliação e intervenção familiar a estas famílias, sendo que, destes 86%, a maioria refere realizá-lo no domicílio. Na parte II do questionário, foram respondidas questões de verdadeiro e falso, referentes a aspetos conceituais da ESF e do exercício profissional do EEECESF, tendo sido alcançado pela equipa um valor de 81,5% de respostas corretas. Os resultados detalhados da aplicação do questionário de diagnóstico de necessidades encontram-se no Anexo 9.

O instrumento de verificação da documentação dos cuidados no âmbito da ESF é constituído por 24 critérios de avaliação, sendo 5 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 “Cumprir”, “Não Cumprir” e “Não Aplicável”, existindo um campo de “Observações”, se necessário. O instrumento foi aplicado a 14 processos clínicos individuais, pertencendo dois a cada um dos profissionais de enfermagem da USF. O tipo de amostragem é por conveniência, na medida em que os 14 processos clínicos selecionados, aleatoriamente, tinham de apresentar, pelo menos, um agendamento de consulta de enfermagem no domicílio entre o período 15-12-2023 (data estipulada para a atividade formativa) e 12-01-2023 (data da avaliação dos resultados) de, pelo menos, um dos membros da família, de maneira a garantir a possibilidade de avaliação de resultados após a atividade formativa. Os 14 processos clínicos selecionados foram sinalizados com uma “Nota de Contacto” no SClínico-CSP®, por forma a garantir que seriam verificados os mesmos num momento posterior. Os registos alvo de verificação referem-se quer aos registos realizados nos processos clínicos familiares ao qual pertence o indivíduo, quer aos registos nos processos clínicos individuais selecionados. Atendendo aos resultados obtidos no período pré sessão de formação, depreende-se que existe significativa margem de melhoria e que vai de encontro às necessidades relatadas quer oralmente, quer decorrentes do questionário diagnóstico de necessidades, no que refere à documentação dos cuidados no âmbito da ESF.

Aliando os resultados da verificação da documentação dos cuidados no âmbito da ESF, às necessidades relatadas, oral e na avaliação com questionário, pela equipa de Enfermagem, e àqueles que são os objetivos da USF face à melhoria contínua da qualidade, foi planeada (Anexo 10) e concretizada (Anexo 11) uma sessão formativa em serviço intitulada de “Enfermagem de Saúde Familiar: documentação dos cuidados” que decorreu no dia 15 de dezembro de 2023 às 13 horas e contou com a participação dos sete elementos que compõem a equipa de enfermagem (Anexo 12). A sessão de formação em serviço teve como objetivos gerais: melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre ESF e matriz operativa do MDAIF; melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a documentação dos cuidados prestados no âmbito do Programa “Saúde da Família” no programa SClínico-CSP®; e, promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito do registo da prestação de cuidados à família.”. Os objetivos específicos consistiram em: explicitar o conceito de ESF; apresentar as competências específicas do enfermeiro especialista em ESF; explicar a matriz operativa do MDAIF; demonstrar como se realiza a documentação dos cuidados de enfermagem à família no sistema de informação SClínico-CSP®; motivar para a mobilização na prática clínica do conhecimento adquirido na ação de formação sobre a prática de documentação dos cuidados prestados no âmbito do Programa de Saúde da Família no programa SClínico-CSP®; mostrar a relação entre a documentação de cuidados prestados à família e a melhoria do desempenho global da USF/ACeS.

Refletiu-se sobre a possibilidade de desenvolver um processo de *coaching one-to-one* (Grant, 2003) com todos os elementos da equipa de enfermagem, no entanto, dada a afluência constante de clientes e respetivas consultas na USF, entendeu-se que esse método não seria o mais apropriado. Apesar disso, com a enfermeira tutora, foi possível estabelecer um acompanhamento mais próximo e personalizado no que refere à documentação dos cuidados no âmbito da ESF no SClínico-CSP®. Dada esta dificuldade e perante a necessidade demonstrada no que se referiu à documentação dos cuidados no SClínico-CSP®, foi criado um instrumento sob forma de guia prático de documentação dos cuidados intitulado de “Enfermagem de Saúde Familiar - documentação dos cuidados no Processo Clínico Familiar: Guia Prático de Registo” (Anexo 13) que, tal como o nome indica, apresenta como principal objetivo ser um acesso fácil que permite realizar a documentação dos cuidados na ESF de forma completa, rápida e simples. Foi colocado um guia em cada um dos gabinetes de enfermagem, junto aos monitores do computador, a fim de servir, igualmente, como lembrete aquando das consultas às famílias e seus membros, no momento de documentação clínica.

De acordo com Kirkpatrick e Kirkpatrick (2006), a avaliação é definida como a determinação da eficiência dos programas formativos. A avaliação da formação assume um caráter de importância na concretização da formação, uma vez que só através desta é que se torna possível comprovar o impacto do processo formativo em determinada organização (Casio, 2000; Dowling

& Welch, 2005). Kirkpatrick e Kirkpatrick (2006), no meu modelo, distinguem quatro diferentes níveis de avaliação da formação. O nível 1, designado Reação, pode ser entendido como a medida de satisfação dos clientes, sendo que a sua importância reside no feedback transmitido pelos formandos. O nível 2 remete-se à Aprendizagem podendo esta ser composta por apenas um ou todos os seguintes elementos: conhecimentos adquiridos, capacidades desenvolvidas e/ou atitudes mudadas. O nível 3, chamado de Comportamento, é avaliado mediante a verificação dos conhecimentos, capacidades e atitudes aprendidas no programa estarem a ser colocados em prática no trabalho. Por último, o nível 4, dos Resultados, assume-se como determinante do processo de formação, detetando-se que resultados ocorreram, na organização, devido ao envolvimento e participação no programa formativo (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

No dia da sessão formativa, a fim de avaliar a reação das formandas, para além da promoção do esclarecimento de dúvidas e partilha de sugestões no momento da sessão, foi aplicado às mesmas um questionário de “Avaliação da sessão de formação” (Anexo 14), anónimo, constituído por perguntas de resposta fechada, promovendo a obtenção de respostas escritas e rápidas. Os resultados desta avaliação foram extremamente satisfatórios, encontrando-se detalhados no Anexo 15. Passado cerca de um mês da data da sessão de formação em serviço, no momento de avaliação dos resultados, foram aplicados, nos mesmos termos, o questionário de diagnóstico de necessidades e o instrumento de verificação da documentação dos cuidados no âmbito da ESF, atestando estes os níveis de Aprendizagem e Comportamento, respetivamente.

No que se refere ao questionário, surgiram algumas mudanças evolutivas em algumas das respostas às questões, destacando-se: aumento na percentagem de elementos da equipa que considera a formação sobre MDAIF suficiente de 57% para 71%, estando os motivos relacionados com a operacionalização do mesmo no SI; 86% refere o programa “Saúde da Família” como local de documentação dos cuidados no SI (nenhum elemento mencionou no questionário inicial); os 29% da equipa que referem não documentar os cuidados no SI mantiveram-se, sendo que o motivo de não o fazerem é agora atribuído à “Falta de hábito” e não ao desconhecimento das potencialidades do SClínico-CSP®; aumento de 86% para 100% a percentagem da equipa que realiza avaliação e intervenção familiar a famílias nucleares com membros idosos e surge, dispersa por todos os elementos, nas respostas, a nomeação de todas as áreas de atenção relativas quer ao MDAIF, quer ao SClínico-CSP® pertinentes na avaliação e/ou intervenção nestas famílias; e, por último, concretizou-se o incremento naquela que é a perceção de todos os enfermeiros da equipa relativa ao seu nível de competência na avaliação e intervenção familiar, sendo a média de 8 e 8.1, respetivamente. Na parte II, houve uma evolução na percentagem de respostas corretas às afirmações de verdadeiro e falso, passando de 81,5% para 89%. Os resultados da aplicação final do questionário encontram-se pormenorizados no anexo

9. Segundo Bates (2004), o nível 4 do processo de formação é o mais complexo e desafiante, uma vez que define quais os resultados da mesma, atendendo aos objetivos organizacionais. Analisando os indicadores contemplados na matriz de indicadores dos CSP, constata-se que os mesmos não traduzem os cuidados prestados no âmbito da ESF, pelo que este nível não pôde ser avaliado. Por sua vez, os resultados obtidos da aplicação do instrumento aos 14 processos clínicos, num momento prévio à sessão de formação e passado cerca de um mês da mesma, encontram-se representados na Quadro X.

Quadro 6 - Resultados da Verificação da Documentação dos Cuidados no âmbito da ESF

Parâmetros Gerais de Registo		
Critério	Pré	Pós
Apresenta registos no “Processo Familiar”, sem abrir contacto.	7,1% (1/14)	21,4% (3/14)
Abre contacto do processo clínico familiar.	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico familiar	7,1% (1/14)	35,7% (5/14)
Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico individual.	7,1% (1/14)	50,0% (7/14)
Apresenta de registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF.	35,7% (5/14)	85,7% (12/14)
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Estrutural do MDAIF		
Critério	Pré	Pós
Registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Registos sobre “Tipo de família”	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Registos sobre “Classe Social”	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Registos sobre “Suporte” (sistemas mais amplos)	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Registos da área “Abastecimento de água”	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Registos da área “Habitação”	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Registos da área “Rendimentos”	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Registos da área “Precaução de Segurança”	21,4% (3/14)	21,4% (3/14)
Registos do risco de queda de, pelo menos, um membro da família idoso	21,4% (3/14)	50,0% (7/14)
Registos relativos à avaliação das barreiras arquitetónicas, no domicílio em “Processo Familiar”, ou através da intervenção “Assistir a identificar condições de risco para a queda”, em famílias com membros idosos	0% (0/14)	21,4% (3/14)
Registos relativos à intervenção no âmbito da prevenção de queda, em famílias com membros idosos	0% (0/14)	28,6% (4/14)
Registos da área “Animal Doméstico”	0% (0/14)	7,1% (1/14)
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF		
Critério	Pré	Pós
Registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento do MDAIF	28,6% (4/14)	35,7% (5/14)
Registos sobre “Ciclo de Duvall” (etapa do ciclo vital)	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Registos da área “Satisfação Conjugal”	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)
Registos da área “Planeamento Familiar”	14,3% (2/14)	14,3% (2/14)
Registos da área “Adaptação à Gravidez”	7,1% (1/14)	7,1% (1/14)
Registos da área “Papel parental”	14,3% (2/14)	14,3% (2/14)

Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Funcional do MDAIF		
Critério	Pré	Pós
Registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão funcional do MDAIF.	14,3% (2/14)	14,3% (2/14)
Registos sobre “Crenças”.	7,1% (1/14)	7,1% (1/14)
Registos da área “Papel do prestador de cuidados”.	14,3% (2/14)	14,3% (2/14)
Registos da área “Processo familiar”.	7,1% (1/14)	14,3% (2/14)

Como é possível verificar, existiu uma melhoria da qualidade da documentação dos cuidados no âmbito da ESF em muitos dos parâmetros de registo, destacando-se o parâmetro “Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF” com o aumento percentual mais significativo. Na dimensão estrutural, ressaltam os parâmetros relativos à área precaução de segurança, nomeadamente a documentação realizada no âmbito do risco de queda. Na dimensão desenvolvimento, denotam-se ligeiras melhorias em metade dos parâmetros, sendo que os restantes se mantiveram. Por último, na dimensão funcional, existiu apenas aumento percentual na documentação da área Processo Familiar. Alguns dos resultados obtidos em ambas as avaliações mostram melhorias pouco significativas. A individualização das necessidades e definição de objetivos pessoais dos formandos poderia ter sido fundamental como forma de obter melhores resultados, pois, tal como refere Santos (2009), no processo de desenvolvimento de competências profissionais, o tempo que cada formando necessita para adquiri-las, permite que as aprendizagens aconteçam de forma sistemática, lógica e harmoniosa no sistema de ensino/aprendizagem. Kirkpatrick e Kirkpatrick (2006) corroboram esta ideia, ao declararem que deverá ser dado tempo para que a mudança de comportamento ocorra e os resultados sejam alcançados.

Numa fase inicial, aquando da decisão sobre o tipo de famílias em que iria ser desenvolvida a prestação de cuidados, refletiu-se acerca do SClínico-CSP® contemplar, para avaliação do risco de queda do indivíduo, a Escala de Morse. A Escala de Morse, apesar de validada para a população portuguesa, é um instrumento direcionado para o contexto hospitalar, incluindo fatores de risco como realização de terapia endovenosa por parte do indivíduo, que não se adequa ao contexto dos CSP. Atentando nesta lacuna do SI adotado pelo SNS, entendeu-se que a documentação clínica do risco de queda no processo individual do cliente no contexto dos CSP torna-se muito redutora face às condições de risco que existem no domicílio. Assim, iniciou-se o processo de validação de um instrumento ou escala de avaliação do risco de queda na comunidade, especificamente no contexto de domicílio do indivíduo, ambicionando-se a sua possível integração no SI que vigora.

Deste modo, ao longo do Estágio, foi promovida a melhoria contínua da qualidade, inserida naquela que é a cultura organizacional da USF, e nos indicadores contratualizados pela mesma e pelo ACeS no qual se insere.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo espelha e é o resultado de uma análise crítico-reflexiva da ligação entre aquelas que foram as experiências e as atividades aquando das Unidades Curriculares “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I” e “Estágio Profissional com Relatório - Módulo II” e as competências desenvolvidas fruto da vivência dessas mesmas experiências, tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista explanadas no Regulamento nº 140/2019 e as competências específicas do EEECESF descritas no Regulamento nº 428/2018, ambos da autoria da OE.

O processo de aprendizagem que se desenrolou ao longo dos estágios permitiu o denominado desenvolvimento de saberes na ação e sobre a ação, defendido por Schön (1992). O modelo de Schön (1992), conhecido pelos pressupostos de "reflexão na ação", "reflexão sobre a ação" e "reflexão sobre a reflexão na ação", destaca a importância fundamental de refletir sobre a prática profissional como um meio de aprendizagem contínua e aprimoramento. Ao realçar a dinâmica e complexidade das situações reais enfrentadas pelos profissionais, Schön (1992) enfatiza que a simples aplicação de conhecimento teórico, muitas vezes, não é suficiente para lidar com os desafios do mundo real. A reflexão durante a ação permite aos profissionais adaptarem-se rapidamente às situações em constante mudança, enquanto a reflexão sobre a ação oferece a oportunidade de examinar mais profundamente as experiências passadas, identificar padrões e *insights*, e orientar futuras práticas. O modelo de Schön (1992) também destaca a relevância da "reflexão sobre a reflexão na ação", que envolve a análise crítica das próprias reflexões durante a prática, permitindo uma compreensão mais profunda dos mecanismos de pensamento utilizados e promovendo uma evolução contínua das habilidades reflexivas dos profissionais (Schön, 1992). Deste modo, o modelo de Schön (1992) destaca a importância de uma prática reflexiva, e deliberada, para promover um desenvolvimento profissional significativo e uma melhoria contínua na prestação de cuidados, indo de encontro a todo o processo desenvolvido durante e após a concretização dos estágios, que se pretende apresentar no presente relatório.

Segundo a OE (2017, p.2), o conceito de competência está associado a “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação”. Benner (2001) acrescenta que a competência vai além da simples aplicação de conhecimento teórico, incluindo também a capacidade de agir de forma eficaz e adaptativa, em contextos específicos da realidade, isto é, da prática clínica. Benner (2001), que propõe uma abordagem de aquisição de competências

centrada na prática e na experiência clínica, sustenta que a aquisição destas ocorre ao longo de um contínuo na carreira dos enfermeiros, enfrentando estas situações reais e desenvolvendo habilidades cognitivas e práticas ao longo do tempo. Benner (2001) vem, de certa forma, corroborar o modelo de Schön (1992), ao referir que a prática reflexiva desempenha um papel fundamental nesse processo, permitindo que os enfermeiros internalizem e generalizem conhecimentos e habilidades adquiridos. Neste sentido, constata-se que vários autores culminam na ideia de que os enfermeiros, ao se envolverem em experiências práticas e interações com clientes e com outros profissionais de saúde, estão constantemente a construir e reconstruir o seu conhecimento e as suas habilidades clínicas (Alligood, 2014).

Relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista, sabe-se que, independentemente da área, deve ser detentor de um conjunto de competências que são comuns e aplicáveis em qualquer que seja o contexto de cuidados de saúde, e que se organizam em quatro principais domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e, aprendizagens profissionais (OE, 2019a). O desenvolvimento do primeiro domínio foi demonstrado através da realização de uma prática clínica baseada no respeito pelas características pessoais, familiares e sociais das famílias e profissionais envolvidos. A confidencialidade dos dados foi sempre assegurada e a vontade das famílias sempre priorizada, manifestado, por exemplo, pelos nomes atribuídos às famílias e aos seus membros, e pela negociação e parceria ao longo de todo o processo de cuidados, respetivamente. No domínio da melhoria contínua da qualidade, ressalta-se a preocupação com o cumprimento dos objetivos da USF e do ACeS figurados no alcance de indicadores e também a garantia de um processo de formação contínuo que visassem a melhoria dos resultados na área da ESF. A nível da gestão de cuidados, assegurou-se que foram planeados, prestados e avaliados de forma segura e fundamentada, em colaboração com a equipa multidisciplinar e de acordo com os recursos disponibilizados pela USF e ACeS. E, finalmente, referente à aprendizagem profissional, que culmina na elaboração do presente relatório, importa salientar a constante utilização do pensamento crítico e reflexivo, a permanente busca quer pelo conhecimento científico, quer pelo conhecimento de peritos da área, acompanhadas por um processo contínuo de autoanálise e autoavaliação, com vista à melhoria pessoal e profissional.

Seguidamente, serão nomeadas, com a respetiva identificação e análise dos contributos das atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio, as unidades de competência relativas às competências específicas do EEECESF descritas no Regulamento nº 428/2018 (OE, 2018): “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 nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”.

4.1 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

Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas

A relação estabelecida com as famílias foi considerada frutífera a diferentes níveis, na medida em que permitiu não só a obtenção de ganhos em saúde, como também, a criação de laços de empatia essenciais no sucesso terapêutico, sendo prova disso o interesse manifestado pelos membros das famílias à enfermeira tutora, relativamente ao plano de cuidados e também a mim, enquanto mestrande e enfermeira da área.

Aquando das consultas realizadas às famílias e aos seus membros, foi sempre manifestada a disponibilidade e abertura face às suas preocupações e opiniões referentes à saúde da família e de cada um dos indivíduos e, para além disso, no que se refere aos horários de marcação de consulta, foi sempre dada a possibilidade de escolha da família conforme conviesse, dentro das limitações inerentes ao serviço. A maior parte das consultas realizadas ocorreu no contexto de domicílio, fomentando, constantemente, o diálogo familiar, justificado pela presença dos dois membros de cada família. Este contexto, por constituir o ambiente habitual da família, isto é, no seu edifício residencial, revelou-se, por si só, um meio mais acolhedor e propenso ao fortalecimento da relação terapêutica e permitiu uma avaliação das necessidades e uma intervenção mais sustentadas, através da recolha de dados por observação, crucial na avaliação das interações entre os membros da família e, igualmente, na avaliação da dimensão estrutural do MDAIF.

No que se refere aos planos de cuidados elaborados e executados, os mesmos foram sempre concebidos com a família, privilegiando a coconstrução dos objetivos, respeitando sempre os seus pontos de vista. Assim, de forma a promover, manter, reforçar e recuperar a saúde das famílias, foi-lhes sempre questionado “Como considera poder melhorar?” ou “O que lhe parece?”, no estabelecimento de objetivos e no decorrer das intervenções realizadas, de forma a convergir propósitos no sentido de viabilizar os planos de cuidados. Atendendo às especificidades de cada uma das famílias, cada uma foi abordada com criatividade, ou seja, dependendo das necessidades, foram ajustadas diferentes técnicas de intervenção familiar e intervenção individual, como a Metáfora (Família América), Prescrição Paradoxal (Família América), Ritual Terapêutico (Família Europa), Conotação Positiva (Família Europa e Família África) e Entrevista Motivacional (Argentina), bem como questões lineares, reflexivas, hipotéticas, circulares ou de

escala. Foram também reforçados os pontos fortes das famílias no âmbito da saúde, nomeadamente o reforço positivo dado à Família Europa por já terem retirado muitos dos tapetes de casa devido à segurança ou, por exemplo, quando enaltecida a união do casal da Família África.

Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

Numa primeira abordagem às famílias, foram consultados os processos clínicos familiares e os processos clínicos individuais via SClínico-CSP®, de forma a construir uma visão geral do estado de saúde familiar e de cada um dos indivíduos. Foram também recolhidos dados junto da equipa de saúde familiar, nomeadamente o médico e a enfermeira de família e, em alguns casos, junto do assistente técnico.

Junto das famílias, foram colhidas informações acerca do histórico familiar e hereditário, estando alguns dos dados fornecidos expressos nos Genogramas de cada uma das famílias. Incluíram-se também questões inerentes à estrutura familiar, aos problemas atuais das famílias e a fatores de risco ambiental que pudessem afetar o seu estado de saúde. De acordo com as características familiares, foram avaliadas áreas pertinentes da saúde familiar atendendo à matriz operativa do MDAIF e às suas três dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, nomeadamente nas áreas de atenção rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água, animal doméstico, satisfação conjugal, processo familiar e papel do prestador de cuidados. Esta avaliação, para além de diferentes tipos de questões, integrou também dados de observação, imprescindíveis na dimensão estrutural, e dados resultantes da comunicação não-verbal com os membros das famílias e entre estes, pertinentes na obtenção de uma visão pormenorizada do estado de saúde da família.

Foram utilizados outros instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente o Ecomapa, Escala de Graffar, APGAR Familiar de Smilkstein e, também, o HSSAT para avaliação dos fatores de risco habitacionais para a queda. Na perspetiva individual, utilizou-se a Escala de Morse, o Índice de Barthel e a Escala de Braden. Foram também identificadas as crenças e a cultura familiar, e o seu impacto na saúde da família e em futuras decisões/situações. A título de exemplo, destaca-se a crença cultural facilitadora de Argentina relativamente ao casamento, que promoveu o seu papel enquanto prestadora de cuidados ou a crença cultural dificultadora da família África, no que refere ao divórcio da filha. Foi igualmente avaliada a capacidade das famílias se manterem unidas, como agilizam processos de mudança e de que forma se apoiam mutuamente, permitindo verificar a coesão e adaptabilidade familiar.

Através desta avaliação, foi possível identificar pontos fortes e pontos a melhorar na resposta familiar às transições de vida, decorrente das narrativas dos membros das famílias nas consultas, destacando-se as respostas face à transição para o envelhecimento e, no caso da

família América, a resposta perante a transição de Argentina para o papel de prestadora de cuidados.

Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas

As situações complexas na condição de saúde e de doença das famílias, e de cada um dos seus membros, podem ser entendidas pela multiplicidade de áreas de atenção inerentes à ESF. Tornou-se imperativo mobilizar conhecimentos tanto da Enfermagem, como de outras áreas do saber, cruciais para a tomada de decisão enquanto futura EEECESF, como por exemplo a medicina, a psicologia, a educação e serviço social. A partir de todas estas disciplinas decidiu-se, por exemplo, requerer serviço social na família África por manifestar necessidade de alterações estruturais no edifício residencial e por não ter rendimentos compatíveis e decidiu-se, na família América, ensinar e instruir a Argentina exercícios músculo-articulares ajustados à sua condição física e de saúde. As decisões tomadas e a pesquisa realizada para compreensão das condições de saúde e de doença das famílias e de cada um dos seus membros assentaram na evidência científica.

Assim, como já referido anteriormente, foram avaliadas, junto das famílias, múltiplas áreas de atenção, crenças e recursos familiares, que se manifestaram essenciais na compreensão da resposta da família a situações complexas e espelham o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, família, saúde e o meio ambiente. A etapa de desenvolvimento familiar e individual foi sempre considerada aquando da avaliação e intervenção, uma vez que, igualmente, causa influência naquela que é a forma como as famílias e cada um dos seus membros lidam com condições exigentes, que podem ocorrer no seu ciclo de vida. Nesta etapa do ciclo de vida comum às quatro famílias constantes neste relatório, ressalta-se a resistência à mudança devido a uma preferência pela familiaridade e estabilidade nas suas vidas (Birren & Renner, 1981), notada em alguns membros das famílias em determinadas situações, como por exemplo em Argentina face à necessidade de adquirir uma cama articulada. Contudo, atendendo aos ganhos em saúde alcançados, pode afirmar-se que esta tendência de resistência à mudança foi contrariada, sendo prova disso a adesão das quatro famílias à adaptação das barreiras arquitetónicas dos edifícios residenciais.

As respostas da família e dos seus membros, às intervenções de enfermagem realizadas foram sendo monitorizadas ao longo das consultas, consoante os objetivos estabelecidos e, quando surgiram novas necessidades mediante a avaliação efetuada, foram planeados novos objetivos e intervenções, em parceria com a família e os seus membros.

Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

Como já evidenciado ao longo do relatório, o desenvolvimento da prática enquanto futura EEECESF foi sempre com base na evidência científica. Este conhecimento que provém da

investigação deverá ser sempre privilegiado, focando principalmente naquele que é inerente à ESF, essencial no desenvolvimento de competências enquanto especialista da área. Averiguou-se quais os instrumentos ou escalas que existiam para direcionar a avaliação do risco de queda no contexto da comunidade, mais concretamente no domicílio, de forma a dar resposta às necessidades das famílias inerentes à dimensão estrutural. Atendendo a essas mesmas necessidades previamente identificadas no capítulo do enquadramento, associada à área da Prevenção de Segurança, considerou-se pertinente a sugestão de acrescentar a dimensão “Comportamentos de Adesão” complementar à dimensão do “Conhecimento”, na matriz operativa do MDAIF. Esta sugestão surge pelo facto das quatro famílias, apesar de terem manifestado aquisição de conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas após intervenção, não adotaram as mesmas, na íntegra, no seu edifício residencial. Foi, igualmente, realizada pesquisa sobre a avaliação e intervenção individual.

Recorreu-se a técnicas transversais, como questões lineares, de escala, circulares, hipotéticas e reflexivas e técnicas específicas, como a metáfora, a conotação positiva, reenquadramento, prescrição paradoxal e o ritual terapêutico, que permitiram adequar e personalizar a avaliação e intervenção às famílias, potenciando a obtenção de resultados para a saúde das mesmas. Aquando da discussão de temas mais difíceis, como por exemplo a satisfação conjugal, no caso da Família Europa, a preocupação de Espanha com a filha ou a situação de divórcio da filha do casal da Família África, o recurso à escuta ativa e a empatia demonstrada foram fundamentais no processo terapêutico, acrescentando-se o contexto de domicílio que favoreceu um ambiente de privacidade, conforto e segurança para as famílias. Aliando todas estas ferramentas e condições, tornou-se possível analisar a dinâmica familiar e todos os fatores que pudessem, ou não, contribuir para a sua harmonia, permitindo, sempre em conjunto com as famílias, traçar um plano de cuidados ajustado aos resultados aspirados pelas mesmas.

Utilizou-se o MCAF, o MCIF (Wright & Leahey, 2012) e o MDAIF (Figueiredo, 2012), a fim de sistematizar o pensamento no âmbito da ESF, tendo sempre presente o carácter dinâmico da matriz operativa que possibilita o uso do raciocínio crítico, bem como a Teoria das Transições na perspectiva do indivíduo. A disponibilidade e variabilidade de referenciais teóricos e evidência utilizadas facilitou, muitas vezes, o entendimento abrangente quer das famílias, quer dos seus membros. Para além disso, a sustentação da aprendizagem realizada ao longo de todo o processo formativo, que ocorreu durante todas as UC do Mestrado, e a sua transferência para o contexto da prática clínica, permitiu o desenvolvimento de competências específicas em ESF.

Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas

Foi privilegiado, em todos os momentos, um diálogo aberto, flexível e construtivo, promotor de uma comunicação eficaz entre todos os intervenientes com compreensão mútua e reciprocidade colaborativa, tornando possível delinear, em conjunto com as famílias e

respetivos membros, objetivos tangíveis promotores do seu bem-estar. Assente nos princípios da EFS, como a circularidade e a neutralidade, na condução de todo o processo terapêutico, foram aplicadas estratégias e técnicas motivacionais na interação com as famílias, como o reforço positivo às forças da família e o elogio, entre as outras técnicas que acabam sempre por gerar um efeito motivador na promoção e recuperação do bem-estar daquelas e dos seus membros.

O desenvolvimento e avaliação das intervenções no âmbito da ESF teve sempre em conta as finalidades pretendidas coconstruídas para as famílias, prevendo-se mudanças em situações complexas que pudessem estar a afetar a sua saúde, como por exemplo a referenciação para a UCC no caso da família América, no âmbito do papel de prestador de cuidados. Desta forma, poderá ser garantido um acompanhamento personalizado e constante, por uma equipa dedicada a prestadores de cuidados. As respostas das famílias às intervenções de ESF foram consideradas atendendo a uma vertente biopsicossocial física, afetiva, espiritual e cognitiva, olhando para o ser humano de forma holística.

Foram desenvolvidas e aplicadas com as famílias formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas de saúde familiar, como a não satisfação do casal da família Europa com a forma como cada um expressa os sentimentos, o medo de Argentina relacionado com facto de Brasil poder cair da cama no período noturno, a preocupação excessiva de Espanha face ao problema de obesidade da filha, ou os sentimentos negativos manifestados pela Família África ao divórcio da filha.

Garantiu-se a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde, implementados através da avaliação das necessidades e intervenção baseada na evidência científica, da contínua documentação clínica dos cuidados no SClínico-CSP® e da manutenção da confidencialidade dos dados relativos às famílias e aos seus membros. Foram também promovidos ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, quer no que se refere a necessidades estruturais como a precaução de segurança, problemáticas relacionadas com o desenvolvimento como a satisfação conjugal, e fatores funcionais como o papel de prestador de cuidados, contando com o contributo de outros profissionais, sempre que necessário e oportuno.

Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

Aquando das consultas e de forma a ter uma perceção global da saúde da família e dos seus membros, estes foram encorajados a partilhar a sua história, englobando quer as preocupações, quer as vitórias inerentes a transições complexas já vividas anteriormente. A partir deste encorajamento e desta abertura face às experiências vivenciadas pelas famílias e pelos seus membros, tornou-se possível identificar as forças que suportam cada família e também as dificuldades e oportunidades de mudança e crescimento. Foi, igualmente, analisada a dinâmica entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, procurando perceber de que

forma cada um destes atores pode influenciar o processo de mudança, sistematizando estas relações de apoio no Ecomapa da família.

Foram exploradas, com as famílias, estratégias de melhoria da dinâmica familiar e identificadas novas estratégias para alcance de objetivos, analisando os recursos necessários para atender às necessidades em saúde dos seus membros, como por exemplo na Família América, no que se refere à aquisição da cama articulada, após identificar-se, em conjunto com a mesma, a Igreja como um recurso externo à família, abordou-se a possibilidade de contactar o grupo de Vicentinos, sabendo, à partida, que costumam ter este tipo de material para empréstimo.

Regularmente, no decorrer das consultas, era discutido com as famílias o seu progresso, dando *feedback* positivo de todas as pequenas metas alcançadas, como por exemplo o facto de todas as quatro famílias, entre consultas, terem sido capazes de efetuar mudanças no edifício residencial promotoras da segurança da família e de cada um dos seus membros: retirada de tapetes, reposicionamento de objetos, aquisição de materiais (banco, rede anti-derrapante), entre outras.

Por fim, salientar que foram documentados, nos processos clínico familiares e nos processos clínicos individuais dos membros das famílias, os dados e intervenções relativos à sua saúde, englobando todas as áreas de atenção pertinentes e prioritárias, na manutenção do bem-estar comum e de cada um.

Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar

Focando na procura pela constante melhoria da prática de ESF, partiu-se sempre em busca de orientação nesse sentido, quer na investigação científica disponível, quer nos testemunhos e exemplos de profissionais, como a enfermeira tutora, a orientadora pedagógica e as orientadoras científicas. Continuamente, sempre com o apoio destas profissionais, no contexto de reuniões frequentes, foi avaliada a prática enquanto enfermeira de família e refletidas as interações enfermeira/família, no sentido de aprimoramento do desempenho e efetividade nos ganhos em saúde para as famílias e seus membros.

O processo de tomada de decisão clínica dos enfermeiros, com base na melhor e mais recente evidência científica disponível, denomina-se de prática baseada na evidência (Pereira, Cardoso e Martins, 2012). Assumindo este pressuposto e pela necessidade de busca constante de conhecimento que, quer a prática, quer a teoria inerente à mesma exigiram na concretização do presente relatório, participou-se, enquanto formanda: no dia 9 de maio de 2023 no “*NurseID Spring School 2023: Seminário 7 - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar*” com a duração de 8 horas realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto (Anexo 16); nos dias 21 e 22 de setembro no “2º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo” (Anexo 17) com a duração de 16 horas realizado via *online*; e, dada a pertinência da temática, no período de 25 de outubro de 2023 a 16 de novembro do mesmo ano

na ação de formação “Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente - 12ª Edição [E-learning]” (Anexo 18) promovida pela OE com a duração de 15 horas, na qual um dos módulos remetia para a capacitação do cliente para a sua segurança.

No SClínico-CSP® não estão incluídas atividades diagnósticas e/ou intervenções inerentes a determinadas áreas, como a satisfação conjugal e a precaução de segurança. Apesar disso, as mesmas não foram descuradas aquando da avaliação e intervenção familiar, uma vez que são consideradas essenciais na manutenção do bem-estar da família e dos seus membros, devendo, assim, ser ponderada a melhoria deste SI, a fim de dar resposta àquelas que são as necessidades das famílias, no âmbito da ESF.

Para além disso, resultado de uma inquietação que me vem a acompanhar, desde o início, referente à inexistência de um instrumento ou escala de avaliação do risco de queda na comunidade, especificamente no contexto do domicílio do indivíduo, adaptada para a população portuguesa, foi dado início a um processo de validação de um instrumento ou escala neste sentido. Entendeu-se este processo como necessário e pertinente, uma vez que poderá contribuir não só para integrar a matriz operativa do MDAIF na dimensão estrutural e, assim, responder às necessidades da família face à precaução de segurança, como também permitirá melhorar a qualidade dos cuidados prestados no âmbito da ESF. Através deste instrumento, e ambicionando a sua integração no SI, seria possível obter uma avaliação do risco de queda direcionada para o campo de ação do EEECESF, garantindo, à semelhança de outras avaliações, a continuidade dos cuidados. A par disso, o possível contributo para a matriz operativa do MDAIF, referente à área Precaução de Segurança, mais especificamente à inclusão da dimensão “Comportamentos de Adesão” nesta área, manifesta o envolvimento na melhoria contínua da ESF.

A integração de diferentes conceitos, teorias e regulamentos no âmbito da ESF, bem como a participação em eventos científicos da área e até a preocupação face à avaliação do risco de queda, fomentou o envolvimento na prática da ESF e permitiu, de forma contínua e crescente, o desenvolvimento pessoal, profissional e académico. A partilha de conhecimento aquando do processo formativo realizado na USF contribuiu, igualmente, para esta participação ativa e crítica na ESF.

Oportunamente, colaborou-se com colegas na resolução de problemas na área da ESF, nomeadamente a questões inerentes às famílias e no que concerne à melhoria contínua da qualidade da USF. Esta parceria foi não só realizada com profissionais da USF (enfermeiros, médicos e assistentes técnicos) e do ACeS (UCC e URAP), como também com a mestranda do mesmo curso, nomeadamente no processo formativo concretizado na USF.

Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

Nos contactos posteriores à implementação de intervenções de ESF às famílias, foi avaliada, junto destas, a satisfação relativa aos cuidados prestados e à relação enfermeira/família através do questionamento aberto. Perguntou-se à família Europa como tinha sido a experiência do ritual familiar, a Argentina como se sentia com a introdução de exercícios músculo-articulares na sua rotina e, a todas as famílias, questionou-se acerca do contributo das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas na segurança dos seus membros. Foi dado espaço às famílias para expressar a sua opinião face à relação enfermeira/família estabelecida, sendo que, ativamente, foram expondo o seu apreço e satisfação com a mesma, tanto durante, como após o período de estágio, com a enfermeira tutora.

As respostas da família às intervenções de enfermagem e os ganhos em saúde alcançados foram monitorizados e documentados ao longo das consultas, estando o produto final explanado neste relatório.

4.2 Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

A colaboração intra e interdisciplinar foi promovida, na medida em que se referenciou para outros profissionais e equipas, as famílias e membros com necessidades especializadas que beneficiavam de um olhar multidisciplinar. A enfermeira de família, o médico de família, os assistentes técnicos, a técnica de serviço social e a equipa da UCC foram consultados e promovidos momentos de reflexão em prol da saúde das famílias e dos seus membros, sempre que consentido pelas mesmas.

Relativamente à qualidade e custo dos serviços oferecidos na comunidade, apesar das famílias não terem sido orientadas neste sentido por não se identificar a necessidade, averiguaram-se informações relativas aos serviços de controlo da qualidade da água, aos serviços veterinários para garantia de animal doméstico não negligenciado e ao serviço de apoio de custos nas fraldas, considerados pertinentes face ao tipo de famílias alvo de cuidados.

Foi assegurado o processo de mentoria para melhoria dos resultados nos cuidados de ESF, no que refere à documentação dos cuidados no sistema informático. Dada a elevada afluência de

clientes na USF onde decorreu o estágio, a mentoria ocorreu, de forma mais efetiva, à enfermeira tutora. A fim de colmatar esta dificuldade, foi criado o guia prático de registo, disponível em todos os gabinetes de enfermagem para todos os enfermeiros, sendo, igualmente, manifestada abertura para o esclarecimento de dúvidas no processo de documentação.

Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

A participação, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde foi realizada, ao procurar-se a melhoria na qualidade da documentação dos cuidados no sistema de informação S-Clinico CSP, sobretudo no que se refere ao Programa de Saúde da Família, surgindo registos clínicos no âmbito da ESF mais efetivos potenciadores dos resultados na saúde familiar.

Para além disso, o planeamento, a implementação e a avaliação do processo formativo, permitiu desenvolver competências no âmbito das formações em serviço, tornando-as sustentadas e ajustadas às verdadeiras necessidades dos profissionais. Assim, enquanto enfermeira do contexto de uma USF, poderei, no futuro, não só contribuir para o desenvolvimento profissional dos meus pares, como também cooperar ativamente naquela que é a melhoria contínua da qualidade organizacional.

Foi promovida uma cultura organizacional, de formação, de prática e de pesquisa científica interprofissionais, havendo parceria com o médico, enfermeiros da USF, enfermeiros da UCC, técnica de serviço social da URAP, mestrandas e docentes da ESEP. Tanto a todos estes profissionais, como às famílias foi-lhes transmitida a visão da ESF aos diversos níveis de prevenção, procurando ampliar aquele que é o campo de ação do EEECESF.

Em suma, o processo de aprendizagem desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento e aprimoramento de competências comuns e específicas da área da ESF. Através do rigor académico e da pesquisa aprofundada, adquiri uma compreensão mais abrangente das teorias e práticas da ESF, que permitiu considerar, em todas as circunstâncias, quer a família, quer os seus membros como alvo e parceiros de cuidados. Destaco a constante transferência do conhecimento para a prática clínica como uma competência essencial desenvolvida ao longo dos estágios e saliento a capacidade de reflexão sobre a prática como a competência central de todo o processo de aprendizagem. Esta capacidade torna-se, claramente, sinónimo de uma prática segura, focada nos clientes, garantindo a prestação de cuidados de qualidade e promovendo ganhos em saúde sensíveis à ESF, tornando-a refletida, sustentada e compassiva, perante as necessidades identificadas nas famílias e nos seus membros.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente relatório visou espelhar todo o processo de aprendizagem decorrido desde o início do curso de MECESF, com vista à aquisição de competências congruentes com o exercício do EEECESF, focando a prestação de cuidados em ESF a famílias nucleares com membros idosos.

Na UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I foi caracterizado o contexto no qual decorreu a prática clínica especializada, focando não apenas a USF, como também o ACeS que integrava, permitindo conferir uma visão global das entidades, locais, pessoas e recursos disponíveis em todo o processo. Procedeu-se à caracterização geral do ficheiro da enfermeira tutora e ainda à análise de uma amostra de 60 famílias do mesmo, na qual prevaleceram características comuns, nomeadamente a existência de famílias nucleares com membros idosos. Após a definição de critérios de inclusão, já no estágio Módulo II, identificaram-se quatro famílias a quem foram prestados cuidados no âmbito da ESF. Neste mesmo Módulo, decorreram as consultas com as famílias, quer na USF, quer em contexto de domicílio. Privilegiou-se o recurso à entrevista familiar sistémica, foram utilizados o MDAIF (Figueiredo, 2012), o MCAF e o MCIF (Wright & Leahey, 2012) para avaliação e intervenção familiar e a Teoria das Transições (Meleis, 2010) para avaliação e intervenção dos indivíduos que compõem as famílias.

Analisando a dimensão estrutural avaliada nas famílias nucleares com membros idosos, pode inferir-se que todas as famílias tiveram necessidade de cuidados no que se refere à precaução de segurança que se manifestou como não demonstrada. Este aspeto vem realçar a importância desta dimensão do MDAIF na saúde das famílias, que, muitas vezes, acaba por ser subvalorizada face às restantes duas dimensões, pretendendo-se, com este relatório, motivar práticas e investigação neste sentido. Apesar das quedas serem um fenómeno conhecido e entendido como um problema de saúde por parte das famílias e profissionais de saúde, constatou-se que estes não debruçam o seu olhar sobre esta problemática na comunidade e, na maioria dos casos, os fatores de risco não são identificados. Embora exista necessidade de cuidados neste âmbito em todas as famílias, os dados avaliativos que surgiram, os objetivos coconstruídos e as intervenções concretizadas, diferiram de família para família, tendo isso sido possível devido à avaliação pormenorizada, em contexto de domicílio.

Da avaliação às famílias, emerge que, na generalidade, é a figura feminina do casal que assume a maior parte das tarefas domésticas. No entanto, apesar das características geracionais e do padrão de papel de género, observou-se que o homem tende a preocupar-se cada vez mais em

realizar as atividades de casa, integrando a ideia de que essa gestão deve ser partilhada. A satisfação com o tempo que os casais destas famílias passam juntos pareceu não ser um problema, bem como a expressão sentimentos, emoções e expectativas que, à exceção de uma família, se revelaram como forças e foram facilitadores das transições vivenciadas.

Considera-se que, na generalidade, as intervenções realizadas mostraram-se eficazes, pois, apesar de não ter sido considerada a modificação positiva de muitos dos diagnósticos formulados, produziram-se ganhos em saúde, quer nos diagnósticos das famílias, quer nos diagnósticos dos seus membros, individualmente.

A principal dificuldade sentida no início do processo de aprendizagem centrou-se, exatamente, no conceito de enfermeiro de família. Por estar tão vincado o facto do enfermeiro de família ser aquele que acompanha a família e os seus membros ao longo do seu ciclo vital e ajuda os mesmos nos processos de transição, facilitando-os, tornou-se, inicialmente, difícil assumir que se iriam prestar cuidados a famílias “desconhecidas”, com as quais não existiria qualquer tipo de vínculo terapêutico, acrescendo o facto de se ter proposto a realização de consultas no contexto de domicílio, que é o espaço mais íntimo das famílias. Embora se considere este aspeto dificultador do processo de aprendizagem e se veja o mesmo como uma especificidade ímpar relativamente a outras áreas de especialidade, nas quais o contacto com o cliente é sempre fugaz, reconhece-se que a motivação e o empenho podem, indubitavelmente, superar obstáculos e preconceitos criados.

No caminho percorrido, constatou-se que o sistema no qual decorre a atividade das USF e o próprio SNS não estão preparados para a abordagem de ESF que dá resposta, de forma holística, às necessidades das famílias e dos indivíduos, uma vez que ainda persiste o modelo biomédico na saúde. As consultas em contexto de domicílio das famílias permitiram avaliar e intervir na área da precaução de segurança de forma personalizada, isto é, focando aquelas que são as verdadeiras necessidades da família nesse âmbito, ao invés de avaliações baseadas em maiorias e intervenções padronizadas. É seguro afirmar que, perante do que se encontra explanado neste relatório, todas as famílias nucleares com membros idosos beneficiariam de consultas no contexto de domicílio, contudo é igualmente possível declarar que os serviços não conseguem suportar esta ambição devido a: tempo, transportes e, sobretudo, recursos humanos. Para além disso, enraizar a ideia da prática de ESF baseada na comunicação dialógica focada nas expectativas e histórias das famílias e nas interações entre os seus membros, torna-se um desafio perante profissionais da USF cuja experiência laboral ultrapassa a história da ESF, enquanto área específica da enfermagem. Este aspeto está intimamente relacionado com o descrito no parágrafo anterior, uma vez que as metodologias de trabalho são dificultadoras no que se refere à adoção de um novo paradigma no cuidar.

Analisando todo o percurso realizado, perspetivam-se, futuramente, algumas mudanças que potenciarão a ESF enquanto área diferenciada da disciplina. Na área de atenção Precaução de

Segurança do MDAIF, embora sejam abordadas as questões relativas às barreiras arquitetônicas, as mesmas são direcionadas para obstáculos que comprometem a comunicação. Sugere-se a integração destes fatores nesta área, para possibilitar aos utilizadores da matriz operativa do modelo, integrar, de forma sistematizada, na sua avaliação e intervenção, outras vertentes que possam afetar a segurança das famílias, sobretudo no que se refere às quedas. Sugere-se ainda acrescentar a dimensão referente aos comportamentos de adesão na área da Prevenção de Segurança, para além da dimensão relativa ao conhecimento. Relativamente à avaliação do risco de queda, ao constatar-se a inexistência de um instrumento validado adequado ao contexto do domicílio, depreende-se que seria extremamente útil para os EEECESF e outros interessados, instigar a validação do mesmo e integrá-lo no sistema de informação adotado. No que concerne ao sistema de informação e à documentação dos cuidados, denota-se que existem limitações no âmbito da avaliação e intervenção em ESF, pelo que se espera uma maior motivação das equipas de enfermagem em busca da qualidade dos registos clínicos, sendo esta uma das técnicas mais eficazes na promoção da visibilidade do exercício profissional desempenhado na área da ESF. Por fim, evidenciando a melhoria contínua da qualidade, verifica-se que não existem indicadores de desempenho que espelhem o exercício da ESF, sendo redutores naquilo que são os cuidados prestados às famílias. Neste prisma, é evidente a carência de indicadores específicos que traduzam os cuidados às famílias e não somente ao indivíduo. Assim, espera-se que o complemento sugerido para o MDAIF, a validação de um instrumento de avaliação do risco de queda no domicílio, a documentação efetiva dos cuidados e a necessidade de desenvolver indicadores de enfermagem específicos para os cuidados às famílias estimulem os enfermeiros a melhorar a qualidade da ESF, potenciando mecanismos de investigação e de formação na área.

Posto isto, considera-se que o desenvolvimento de competências durante o CMECESF, permitiu, para além do supracitado, aprimorar a reflexão sobre a prática enquanto enfermeira de família. A ESF é ainda um mundo por desbravar, repleta de famílias e especificidades por descobrir, sendo esta uma viagem extremamente desafiante por contemplar subjetividade, diversidade, transformação e interconexão entre sistemas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, D., Forlenza, V. & Barros, L. (2005). *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (3): 131-136.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2009). *RSE - Registo de Saúde Eletrónico*.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2022). *Manual de Candidatura e Acompanhamento das Unidades Funcionais em Cuidados de Saúde Primários*.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2023). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023*.
- Afonso, J. (2018). *Relação Conjugal ao Longo do Ciclo Vida: Satisfação, Comunicação, Motivação, Coesão e Adaptabilidade*. (Tese de doutoramento, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida).
<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6846>
- Ahlberg, M., Frisman, G., Berterö, C. & Ågren, S. (2019). Family Health Conversations create awareness of family functioning. *Nursing in Critical Care*, pp. 1-7.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Alves, A. (2018). *Vivências da família da pessoa idosa dependente: abordagem em contexto dos cuidados de saúde primários*. (Relatório de estágio de natureza profissional, Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde de Aveiro). Ria - Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/25704>
- Alves, F., Medeiros, K., Santos, E., Araújo, G., Santos, L., Souto, R., Lúcio, F., Borba, A., & Jardim, V. (2019). A interdisciplinaridade como estratégia de ensino e aprendizagem. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240192>
- Ângelo, M. (2000). O contexto familiar. Em *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 27-31). Atheneu.
- Angus, L. E. (2018). An intensive analysis of metaphor themes in psychotherapy. In *Metaphor: Implications and applications*, 73-84. Psychology Press.
- Antunes, S. (2016). *As crianças perante as novas famílias: famílias monoparentais vs famílias tradicionais um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia da Educação, Universidade de Évora, Portugal.

- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2): 45-53. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=343b3f61-5478-4740-b3b7-2f586aa6d69a%40sessionmgr114&vid=28&hid=113>>.
- Araújo, O., Sousa, L., Vieira, T. & Sequeira, C. (2021). Envelhecimento e Comunicação: Desafios para os(as) Enfermeiros(as). Em *Competência em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado* (pp.43- 63). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Aron, A., Norman, C. C., Aron, E. N., McKenna, C., & Heyman, R. E. (2000). Couples' shared participation in novel and arousing activities and experienced relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 273-284. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.273>
- Assembleia da República. (1979). Lei n.º 56/79. Diário da República.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2020). *Miscellanea APAV*. Lisboa. <https://apav.pt/>
- Barbiani, R., Dalla, C. & Schaefer, R. (2016). Nursing practices in the primary health care contexto: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29(24). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi.
- Basílio, V. (2022). A Cultura Organizacional e o Desempenho das Unidades Funcionais do Aces Central - ARS Algarve. (Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, Faculdade de Economia da Universidade do Algarve).Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/19290>
- Benito, G., & Licheski, A. (2009). Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 447-50. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300018>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Bertalanffy, L. (2006). *Teoria geral dos sistemas* (2ª ed.). Vozes Petrópolis.
- Bértolo, A. (2021). *Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros*. Mestrado em Enfermagem Comunitária da Área de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. <https://www.proquest.com/openview/5b323d751c10121cc4d196e7de1febfe/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

- Bertoni, A., & Bodenmann, G. (2010). Satisfied and dissatisfied couples: Positive and negative dimensions, conflict styles, and relationships with family of origin. *European Psychologist*, 15(3), 175-184. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000015>
- Birchler, G. R., & Webb, L. J. (1977). Discriminating interaction behaviors in happy and unhappy marriages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(3), 494-495. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.45.3.494>
- Birchler, G. R., Weiss, R. L., & Vincent, J. P. (1975). Multimethod analysis of social reinforcement exchange between maritally distressed and nondistressed spouse and stranger dyads. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 349-360. <https://doi.org/10.1037/h0076280>
- Birren J., & Renner V. (1981). Concepts and criteria of mental health and aging. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(2), 242-254. doi: 10.1111/j.1939-0025.1981.tb01370.x. PMID: 7223869.
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22(1), 67-79.
- Boden, J.S., Fisher, J.L., & Niehuis, S. (2010). Predicting marital adjustment from young adults initial levels and changes in emotional intimacy over time: A 25-year longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 17, 121 - 134. doi: 10.1007/s10804-009-9078-7
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (2013). *Terapia sistêmica individual: Manual prático na clínica*. Belo Horizonte: Artesã Editora.
- Botelho, M. (1998). A formação em serviço de enfermagem: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51(2), 229-235.
- Branco, A. & Ramos V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Veriati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>
- Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.

- Caníço, H., Bairrada, P., Rodriguez, E. & Carvalho, A. (2010). Novos tipos de família - plano de cuidados. *Imprensa da Universidade de Coimbra*.
https://www.researchgate.net/publication/295704260_Novos_tipos_de_familia_-_plano_de_cuidados
- Carrió, F. (2012). *Entrevista Clínica: Habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. Proto Alegre: Artmed.
- Carstensen, L. L., Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10(1), 140-149. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.10.1.140>
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Casio, W.F. (2000). *Costing Human Resources: The Financial Impact of Behavior in Organizations*. (4thEd). Cincinnati: South-Western.
- Chadwick, B. A., Albrecht, S. L., & Kunz, P. R. (1976). Marital and family role satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 38(3), 431-440. <https://doi.org/10.2307/350411>
- Chang, V. & Do, M. (2015). Risk factors for falls among seniors: Implications of gender. *American Journal of Epidemiology*, 181(7), 521-531. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu268>
- Chaves, M. M. P., & de Miranda, J. L. (2023). Sistemas de Informação em Saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712-e11712.
- Chen, J., & Luetz, J. (2020). Mono-/Inter-/Multi-/Trans-/Anti-disciplinarity in Research. Em *Quality Education*, pp. 1-17.
- Cordeiro, R., Arco, H. R., & Carvalho, J. (2021). Trabalho Interdisciplinar no Cuidado à Pessoa Idosa, Família e/ou Cuidador Informal. Em *Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.218.62270>
- Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H. & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Um estudo de caso. *Revista Egíptia e Scientia*, 1(28). <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>

- Davis, M. H., & Oathout, H. A. (1987). Maintenance of satisfaction in romantic relationships: Empathy and relational competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 397-410. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.397>
- Dias, G. (2004). *Educação Ambiental: Princípios e Práticas*. Gaia: 9ª Ed. São Paulo.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica - o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2023). *Família*. <https://dicionario.priberam.org/fam%C3%ADlia>
- Dolan, H., & Taylor-Piliae, R. (2020). Embarrassment experienced by older adults in relation to accidental falls: A concept analysis. *Geriatric Nursing*, 41(6), 769-775. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.05.007>
- Dowling, P.J., & Welch, D.E. (2005). *International Human Resource Management: Managing People in a Multinational Context*. (4thEd). Thomson South-Western.
- Driver, J. L., & Gottman, J. M. (2004). Daily marital interactions and positive affect during marital conflict among newlywed couples. *Family Process*, 43, 301-314.
- Duarte, G., Santos, J., Lebrão, M. & Duarte, Y. (2018). Relação de quedas em idosos e os componentes de fragilidades. *Revista Brasileira Epidemiol*, 21 (2). <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Vd9NzKzB37kJJwwyTWtqS4B/?format=pdf&lang=pt>
- Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal: Gaetan Morin éditeur.
- Duhamel, F., & Dupuis, F. (2004). Guaranteed Returns: Investing in Conversations With Families of Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 68-71. doi:10.1188/04.cjon.68-71
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Duvall, R. & Miller, B. (1985). *Marriage and family development*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Eldridge, K., Sevier, M., Jones, J. & Atkins, D. (2007). Demand-Withdraw Communication in Severely Distressed, Moderately Distressed, and Nondistressed Couples: Rigidity and Polarity During Relationship and Personal Problem Discussions. *Journal of Family Psychology* 21(2):218-26. DOI:10.1037/0893-3200.21.2.218

- English, T., & Carstensen, L. L. (2014). Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *International Journal of Behavioral Development*, 38: 195-202. doi:10.1177/0165025413515404
- Eurostat. (2020). Ageing Europe - looking at the lives of older people in the EU.
- Eurostat. (2021). *Estrutura populacional e envelhecimento*.
- Faller, J., Zilly, A., Alvarez, A. & Marcon, S. (2017). Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (1), 22-30. <https://www.scielo.br/j/reben/a/6nn48fjtxRt zp5c8G9bH8vx/?lang=pt>
- Faulkner, R. A., Davey, M. & Davey, A. (2005). Gender-related predictors of change in marital satisfaction and marital conflict. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 61-83.
- Fazenda, I. (2005). Família, coesão e diferenciação. *Integrar* 23: 3-8. https://www.iefp.pt/documents/10181/702853/INTEGRAR_23.pdf/5a52fd60-9d20-4354-91b3-30705c9d653f
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20.
- Figueiredo, A., Martins, R., Andrade, A., Albuquerque, C., & Martins, C. (2018). Investment in Personal Life in Institutionalized Elderly. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 7-15. doi: 10.37914/riis.v1i1.24
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. (2022). *Modalidades de Intervenção Familiar Sistémica: Intervenção Familiar Sistémica*. Lusodidacta.
- Figueiredo, M., & Dias, A. (2023). *Rituais Terapêuticos. Em Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 443-444). Lidel.
- Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L. & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 11-22.

https://www.researchgate.net/publication/231562389_Ciclo_vital_da_familia_e_envelhecimento_contextos_e_desafios

- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The Relationship Attribution Measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 457-468. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.3.457>
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento - Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora. <https://www.uceditora.ucp.pt/pt/>
- Fonseca, A. (2023). "Aging in Place" - *Envelhecer em casa e na comunidade*. PerCursos, Florianópolis, 24. <https://periodicos.udesc.br/index.php/percursos/article/view/22342>.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R. and Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice* (5ª edição). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Fuller-Iglesias H. R., Webster N. J., & Antonucci T.C. (2015). The complex nature of family support across the life span: Implications for psychological well-being. *Developmental Psychology*, 51(3), 277-88. doi: 10.1037/a0038665
- Galera S. A. F., & Luis, M. A. V. (2002). Principais conceitos da abordagem sistémica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Revista Escola Enfermagem da USP*, 36(2): 141-7. https://www.researchgate.net/publication/240772399_Principais_conceitos_da_abordagem_sistemica_em_cuidados_de_enfermagem_ao_individuo_e_sua_familia
- Gonçalves, P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Veriati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18580>
- Gordon, C. L., & Baucom, D. H. (2009). Examining the individual within marriage: Personal strengths and relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 16(3), 421-435. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01231.x>
- Gottman, J. & Silver, N. (2001). *Os 7 princípios do casamento*. Cascais: Pergaminho.
- Gottman, J. M., & Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 47-52. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.1.47>

- Grant, A. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality An International Journal*, 31(3), 253-263. DOI:10.2224/sbp.2003.31.3.253
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108(2), 267-290. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.267>
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2a ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Hanson, S. M., & Kaakinem, J. R. (2005). Fundamentos Teóricos para a Prática de Enfermagem de Família. Em *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Loures: Lusociência.
- Helms, H. M., Walls, J.K., Crouter, A.C., & McHale, S.M. (2010). Provider role attitudes, marital satisfaction, role overload and housework: A dyadic approach. *Journal of Family Psychology*, 24(5): 568-577.
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de Enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>.
- Hernandez, J. D., Andrade, D. V., Coleta, M. F. D., Alcântara, R. M. & Fonseca, T. B. (2003). *Intimidade, paixão, comprometimento e satisfação com o relacionamento amoroso*. XXXIII Reunião Anual de Psicologia, Sociedade Brasileira de Psicologia MG. Resumos de Comunicação Científica.
- Heyman, G., Luu, D. & Lee, K. (2009). Parenting by lying. *Journal Moral Education*, 38(3), 353-369. doi: 10.1080/03057240903101630
- Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N. S. (1985). Causal attributions of married couples: When do they search for causes? What do they conclude when they do? *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(6), 1398-1412. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.6.1398>
- Houts, R. M., Barnett-Walker, K. C., Paley, B., & Cox, M. J. (2008). Patterns of couple interaction during the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 15(1), 103-122. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00187.x>
- Huston, T. L., & Vangelisti, A. L. (1991). Socioemotional behavior and satisfaction in marital relationships: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(5), 721-733. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.5.721>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2019). *Proporção da população residente com 18 e mais anos com excesso de peso ou obesidade (%) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo*

e Tipologia de áreas urbanas; Quinquenal.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010212&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023). *Projeção de população residente em Portugal*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_bo ui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

International Council of Nurses. (2023). *International Classification for Nursing Practice - Browser, 2019 release*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

International Family Nursing Association. (2023). *Practice Models for Nursing Practice with Families*. <https://internationalfamilynursing.org/resources-for-family-nursing/practice/practice-models/>.

Jardim, V., Medeiros, F., & Brito, A. (2006). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(2).

Joia, L., Ruiz, T. & Donalisio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-8.
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/Qks8zRMJpNCFjLb68HDf5Fc/?lang=pt>

Jong, P., & Berg, I. K. (2013). *Interviewing for Solutions*. Brooks/Cole, Cengage Learning.
<https://books.google.st/books?id=PeguLgEACAAJ>.

Jordão, T. (2019). *A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem centrado na Família - Impacto de um Programa de Formação*. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria).
<https://iconline.iplleiria.pt/handle/10400.8/4854>

Jungerman, F.; & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(5), 197-207.

Karimi F., Poo D., & Tan Y. (2015). Clinical information systems end user satisfaction: the expectations and needs congruencies effects. *Journal Biomed Inform*, 53:342-54. doi: 10.1016/j.jbi.2014.12.008. Epub 2014 Dec 24. PMID: 25542853.

Kaufman, G. e Taniguchi, H. (2006). Gender and marital happiness in later life. *Journal of Family Issues*, 27, 735- 757.

Kelly, G. (2020). *The Psychology of Personal Constructs* (1ª ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203359037>.

- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels* (3rd ed.). San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Leopold, T., & Skopek, J. (2016). Retirement and Changes in Housework: A Panel Study of Dual Earner Couples. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 73, 733-743.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8(2), 301-313. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.2.301>
- Lewis, R. A., & Spanier, G. B. (1979). *Theorizing about the quality and stability of marriage*. New York, NY: Free Press.
- Lichtenberg, J. D. (2009). The clinical power of metaphoric experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 29(1), 48-57.
- Lins, A. E. S., Rosas, C., Neri, A. L. (2018). Satisfação com as Relações e Apoios Familiares segundo Idosos Cuidadores de Idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(3), 330-341
- Luís, P. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia*, 60:60-6.
- Maia, B., Viana, P., Arantes, P. & Alencar, M. (2011). Consequências das Quedas em idosos vivendo na Comunidade. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 14(2), 381-393. <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/B3cngz9rfSHfYD3f6ZH4Gdj/?lang=pt>
- Mark, J., Haddad, Y. & Burns, E. (2020). Differences in Evaluating Fall Risk by Primary Care Provider Type. *Journal for Nurse Practitioners*, 16(7), 528-532. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.04.014>
- Marques, M. (2021). *A importância da formação na qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência básica*. (Dissertação de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho). Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76449>
- Martins, M. (2014). *Experiências de conjugalidade em idade tardia: fatores motivacionais assumidos*. (Tese de Mestrado - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - Universidade NOVA de Lisboa. <https://repositorio.iscte.iul.pt/handle/10071/8447>
- Mateus, A. (2015). A Comunicação nas ciências interdisciplinares: o compromisso de um discurso - o caso da área da Saúde. *Estudos em Comunicação*, 21, 177-188. <https://doi.org/10.20287/ec.n21.a13>
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2012). *Genogramas: Avaliação e Intervenção Familiar*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1): 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, P., Figueiredo, M. H., Silva, S., Charepe, Z., Oliveira, P., & Vilar, A. I. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Investigar a transformação nas práticas com as famílias. Em *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (p. 281). Porto: ESEP.
- Mendes, F., Pereira, J., Gemito, L., Miranda & Torres, Gilson. (2022). Distúrbios do sono e quedas em idosos. In *Aspetos biológicos e tecnológicos do processo de envelhecimento humano* (pp. 141-151). Editora CRV.
- Menezes, M. (2008). *Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal e indivíduos ostomizados*. (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa).
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press.
- Minicucci, A. (1985). *Relações humanas: psicologia das relações interpessoais*. 3ª ed. São Paulo: Atlas.
- Ministério da saúde. (1991). Decreto Lei nº 437/91. *Diário da República* nº 257/1991 Série I-A.
- Ministério da Saúde. (1998). Decreto-Lei nº 104 /98. *Diário da República* nº 93/1998, Série I-A.
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei nº 28/2008. *Diário da República*: 1ª Série, nº 38. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 10864/2009. *Diário da República*: 2ª Série.
- Ministério da Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Indicadores e Metas em Saúde*. http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude1.pdf
- Ministério da Saúde. (2014). Decreto-Lei nº 118/2014. *Diário da República*: 1ª Série, nº 149. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Ministério da Saúde. (2017). Decreto-Lei n.º 73/2017. *Diário da República*, Série I- n.º 118/2017 - 21 de junho de 2017, páginas 3128 - 3140.
- Ministério da Saúde. (2019). Decreto Lei nº 71/2019. *Diário da República* nº 101/2019 Série I.

- Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Ministério da Saúde. (2023a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2023b). *Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde - Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização*.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos; A Dependência: o Apoio Informal, a Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. <http://www.cartasocial.pt>
- Minuchin, S. & Fischman, H. (2007). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmeds Editora.
- Moimaz, S. A., Fadell, C. B., Yaridl, S. D., & Dinizl, D. G. (2011). Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(16), 965-972.
- Murteiro, A., & Figueiredo, M. (2023). Prescrições Paradoxais. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 440-442). Lidel.
- Neto, J., Tamelini, G., & Forlenza, V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(3), 119-30.
- Neves, J. G. das. (2000). *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa, Editora RH.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários-Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125-134.
- Nogueira, E., Martins, R., Carvalho, N., & Batista, S. (2022). Satisfaction with life perceived by the elderl. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(10e), 177-184. <https://doi.org/10.29352/mill0210e.26873>
- Noller, P., Feeney, J. & Ward, C. (2014). Determinants of Marital Quality: A Partial Test of Lewis and Spanier's Model. *Journal of Family Studies*, 3(2), 226-251. <https://doi.org/10.5172/jfs.3.2.226>
- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 575-584. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300020>

- Nóvoa, A. (1991). Concepções e práticas da formação contínua de professores. In *Formação contínua de professores: realidade e perspectivas*. Portugal: Universidade de Aveiro.
- Nunes, S. & Castro, M. (2011). Habilidades Motivacionais. In *Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento*. Londrina: EDUEL.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. doi: 10.1111/1467-6427.00144
- Olson, D.H., & Gorll, D.M. (2003). *Circumplex model of marital of family systems*. Normal Family Processes (3rd ed., pp. 514-547). New York, NY: Guilford
- Öner, B. (2000). Future time orientation and relationships with the opposite sex. *The Journal of Psychology*, 134(3), 306 - 314. doi: 10.1080/00223980009600870
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Do Caminho Percorrido e das Propostas. Análise do primeiro mandato- 1999-2003*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/ordem/Documents/RelatoriosPlanosdeActivida de/RelatorioContas2003.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República* n.o 35 - II Série.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 367/2015. *Diário da República*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. NORPRINT Artes Gráficas, S.A.. ISBN: 978-989-8444-30-1. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 10/2017*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. *Diário da República* n.o 135 - II Série.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República*, 2ª Série, nº 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019. *Diário da República*: 2ª série, nº184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de Posição nº 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária - Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaration of Alma-Ata - The International Conference on Primary Health Care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 - Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Relatório anual da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *United Nations Children's Fund - A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals* [homepage]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030*.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Quedas*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Pereira, E. & Costa M. (2007). Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3), 408-416. <https://www.scielo.br/j/tce/a/hbR4hv6JMMDvnh95sF46MfG/?lang=pt>
- Pereira, F. (2012). Sistemas de apoio aos idosos em Portugal. In *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para Cuidadores de Idosos* (1º ed., 117- 126). Viseu: PsicoSoma. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8887>
- Pereira, R. (2009). La devolución en terapia familiar. *Revista Norte de Salud Mental*, 8(1-7), 1-19. <http://congresonacionaldepsicoterapia.es/wpcontent/uploads/2017/04/La-Devolución-en-T.F.-R.-Pereira-DEFINITIVO.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
- Pinheiro-Carozzo, N., Silva, I., Murta, S., & Gato, J. (2020). Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistémica. *Pensando famílias*, 24(1), 207-223.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100015&lng=pt&tlng=pt.

Pinho T., Silva A., Tura L., Moreira M., Gurgel S. Smith A. & Bezerra, V. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 46(2), 320-7. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200008>

PORDATA. (2020). *Como envelhecem os portugueses*. Lisboa. <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/como+envelhecem+os+portugueses+-195>

Portugal. Secretaria Regional da Saúde (2019). *Programa Regional de Prevenção de Quedas em Idosos 2019-2022*. Região Autónoma da Madeira.

Presidência do Conselho de Ministros. (2023a). Decreto Lei nº 102/2023. *Diário da República* nº 215/2023 Série I: www.dre.pt

Presidência do Conselho de Ministros. (2023b). Decreto Lei nº 103/2023. *Diário da República* nº 215/2023 Série I: www.dre.pt

Rabelo, D. & Neri, A. (2015). Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18 (3), 507-519. <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/BXBSz4CbS9RhGz5zmnGXsRv/abstract/?lang=pt>

Rasheed, J. M., Rasheed, M. N., & Marley, J. A. (2011). *Family therapy: Models and techniques*. Sage Publications.

Ratti, A., Pereira, M., & Centa, M. (2005). A relevância da cultura no cuidado às famílias. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7(1), 60-68.

Rauer, A. J., & Volling, B. L. (2005). The Role of Husbands' and Wives' Emotional Expressivity in the Marital Relationship. *Sex Roles: A Journal of Research*, 52(9-10), 577-587. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-3726-6>

Reis, L., Gomes, N., Reis, L., Menezes, T., Couto, T., Aguiar A. & Abreu, M. (2015). Relação familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional. *Arquichan*, 15(3), 393-402. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000300007

Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

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

- Ribeiro, O., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentados nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48.
- Robbins, S. P., (2005). *Comportamento Organizacional*. 11ª edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Rodrigues, D. (2019). *Prevalência de quedas em idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde*. (Tese de mestrado, Universidade Federal de Campina Grande). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/11315>
- Rollins, B. & Cannon, K. (1974). Marital Satisfaction over the Family Life Cycle: A Reevaluation. *Journal of Marriage and Family*, 36(2), 271-282. <https://doi.org/10.2307/351153>
- Rousso, R. S., & Angelo, M. (2001). Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Revista Escola Enfermagem*, 35(2), 172-179. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a11.pdf>
- Ruppanner, L. (2008). Fairness and Housework: A Cross-National Comparison. *Journal of Comparative Family Studies*, 39(4), 509-526. <https://utpjournals.press/doi/abs/10.3138/jcfs.39.4.509?role=tab>
- Saad, P. (2016). Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. *Séries Demográficas*, 3, 153-166. <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/series/article/view/71/68>
- Sanford, K. (2003). Problem-solving conversations in marriage: Does it matter what topics couples discuss? *Personal Relationships*, 10(1), 97 - 112. DOI:10.1111/1475-6811.00038
- Santos, E. J. (2019). *Da Avaliação Familiar Ao Processo De Enfermagem À Família - Construção De Um Programa De Desenvolvimento De Competências* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria). <http://hdl.handle.net/10400.8/4709>.
- Santos, M. (2009). *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares - Estudo de Caso*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19172>
- Sardinha, A., Falcone, L., & Ferreira, M. C. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395-402. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300013>

- Schenker, M. & Costa, D. (2019). Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4). <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqydf5LKBDj/>
- Schlunegger, M., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2521-2532. <https://doi.org/10.1111/jocn.16382>.
- Schmaling, K. & Sher, T. (1997). Pysical health and relationships. In *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. (pp. 324-345). England: Wiley.
- Schober, M. & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: frameworks for practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Schön, D. (1992). Formar professores como profissionais reflexivos. In *Os professores e sua formação*. Lisboa: Dom Quixote.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38-51). Springer Publishing Company. https://www.google.pt/books/edition/Transitions_Theory/TdLhXm5fpx8C?hl=ptPT&gbpv=1&dq=Transitions:+A+Central+Concept+in+Nursing+2010&printsec=frontcover
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Lidel.
- Sequeira, J. & Alarcão, M. (2015). Assessment system of narrative change validation studies. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 52-61.
- Shivalli, S., Majra, J., Akshaya, K. & Qadiri, G. (2015). Family centered approach in primary health care: Experience from an urban area of Mangalore, India. *The Scientific World Journal*, pp. 2-8.
- Silva, B., Lima, R., Diniz, A., Ribeiro, G. & Santos, K. (2018). Dinâmica das relações familiares dos idosos: revisão integrativa. *Revista Saúde*, 14(4), 1333-1341. <https://core.ac.uk/reader/236649010>
- Silva, D., Vilela, A., Nery, A., Duarte, A., Alves, M. & Meira, S. (2015). Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7). <https://www.scielo.br/j/csc/a/pVLDgCD7L7R3sPTPjYkYq4r/?format=pdf&lang=pt>
- Silva, M. (2023). Os cuidados de saúde primários em Portugal: uma história de mais de 50 anos - a perspetiva de um futuro médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 39(4), 355-359.

https://www.researchgate.net/publication/373933283_Os_cuidados_de_saude_primarios_em_Portugal_uma_historia_de_mais_de_50_anos_-_a_perspetiva_de_um_futuro_medico_de_familia

- Silva, M. A. (2016). *Enfermagem de família: Contextos e processos em cuidados de saúde primários*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84294/2/113541.pdf>
- Silva, R. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família*. (Relatório de estágio, Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar). Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto-Douro, Instituto Politécnico de Bragança.
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. d., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, pp. 60-63.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006) *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, L., Vieira, C., Caldevilla, M., Henriques, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2016). Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: Revisão sistemática da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030>
- Sousa, P. (2009). Health care system in Portugal: accomplishments and challenges. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884-894. <https://www.scielo.br/j/ape/a/MCCCbvMtwRBpNxxvZZnqZpzt/?lang=pt>
- Souza, L., Rocha, F., & Mazzo, L. (2018). Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes em um hospital público do Estado de São Paulo 1. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 26(1), 85-95.
- Spar, J.E., & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Storaasli, R. D., & Markman, H. J. (1990). Relationship problems in the early stages of marriage: A longitudinal investigation. *Journal of Family Psychology*, 4(1), 80-98. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.4.1.80>
- Taniguchi, H. (2006). Men's and Women's Volunteering: Gender Differences in the Effects of Employment and Family Characteristics. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 35, 83-101. <https://doi.org/10.1177/0899764005282481>

- Teixeira, D., Andrade, L., Santos, J. & Caires, E. (2019). Quedas em pessoas idosas: restrições e perdas funcionais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(3). <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/59PJHnNNmwv8yZFdv5Gn6tM/?lang=pt&format=pdf>
- Tomita, M., Saharan, S., Rajendram, S., Nochajski, S., & Schweitzer, J. (2014). Psychometrics of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults. *American Journal Occupational Therapy*, 68(6), 711-718
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00001.x>
- Velikonja, N. K. (2020). Interdisciplinarity of research in nursing: the crossing of health, biomedical and social sciences. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, 18(3), 169-173. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2019-0018>
- Venegas, C. M. (2018). *Consulta de Enfermagem para prevenção do risco de queda em contexto domiciliar*. (Tese de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde - Escola de Enfermagem da Universidade Católica). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30664>
- Veroff J., Young A. M., & Coon H. M. (1997). *The early years of marriage. Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (2^a ed., pp. 431-450). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Virgolino, A. P. L. (2008). *Co-construindo problemas e soluções num passo de mágica?: o processo de mudança em sessões únicas de terapia*. (Tese de Mestrado). Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/772/1/17172_TeseMIP_Ana_Patricia_Virgolino.pdf.
- Ward, R., Logan, J. & Spitze, G. (1993). The influence of parent and child need on coresidence in middle and later life. *Journal of Marriage and the Family* 55, 209-221.
- Watzlawick, P., Bealvin, J., & Jackson, D. (2002). *Pragmática da comunicação humana*. Editora Cultrix.
- Weeks, G. R., & D'Aniello, C. (2017). Teaching Reframes in a Master's Level Marriage and Family Therapist Program. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(4), 303-316. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1297068>.
- Weeks, G. R., & Fife, S. T. (2014). *Couples in treatment: Techniques and approaches for effective practice*. Routledge.

- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or Control and Communication in the Animal and the Machine*. The MIT Press.
- Wiener, Y. (1988). Forms of value systems: A focus on organizational effectiveness and cultural change and maintenance. *The Academy of Management Review*, 13(4), 534-545. <https://doi.org/10.2307/258373>
- Williams, L. & Auburn, T. (2016). Accessible polyvocality and paired talk: how family therapists talk positive connotation into being. *Journal of Family Therapy*, 38, 535- 554.
- Wolin, S. J., & Bennett, L. A. (1984). *Family rituals*. *Family Process*, 23(3), 401-420. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1984.00401.x>
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (6ª ed.). FA Davis.
- Wright, L., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca.
- Xavier F., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy N. & Moriguchi, E. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31- 9. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/fx8J73fByy9WPw893n5767Q/abstract/?lang=en>
- Zhang, Z. & Zhu, X. (2012) Empirical Analysis of the Relationship between Organizational Culture and Organizational Performance. *Conferência Nacional de Tecnologias da Informação e Ciências Computacionais*, 763-766. doi.org/10.2991/citcs.2012.14
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133-142.
- Zuluaga, M., Mesa, S., Valência, J. & Bustamante, A. (2019). A metáfora na terapia familiar: fundamentos para a intervenção. *Jornal da Faculdade de Serviço Social*, 35(35), 80-105.
- Zuo, Z., & Zhao, K. (2018). The more multidisciplinary the better? - The prevalence and interdisciplinarity of research collaborations in multidisciplinary institutions. *Journal of Informetrics*, 12(3), 736-756. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2018.06.006>

ANEXOS

Anexo 1 - Problemas e Objetivos identificados na USF

Título	Problema	Objetivo
Rastreios oncológicos	Necessidade de aumentar os rastreios oncológicos	Promover a adesão dos utentes aos rastreios oncológicos em curso no ACES. Promover a realização de rastreios oncológicos, nos grupos específicos, em consultas programadas.
Rastreio de VIH	Rastreio de VIH na população adulta da unidade	Aumentar a taxa de rastreio de VIH na população adulta da unidade
Consumo excessivo de álcool	Número diminuído de consultas de utentes com diagnósticos de consumo excessivo de álcool em 3 anos	Aumentar número de consultas de vigilância de utentes com problema activo de consumo excessivo de álcool
Risco Diabetes tipo 2	Baixa taxa de registo de risco de Diabetes tipo 2 nos utentes com mais de 18 anos	Aumentar o registo de risco de Diabetes tipo 2 nos utentes com mais de 18 anos de idade
Acessibilidade e personalização	Baixa taxa de consultas realizadas pelo próprio médico ou enfermeiro de família	Aumentar o número de consultas pelo próprio médico e enfermeiro de família

Anexo 2 - Objetivos dos PAI da USF

1. PAI de Acesso “Cobertura e Utilização”

Objetivo: melhorar, durante o ano 2023, dois dos indicadores de cobertura e utilização da USF: taxa de domicílios médicos por 1000 inscritos e taxa de utilização da consulta de enfermagem a 3 anos. Estes indicadores foram escolhidos entre os restantes por se apresentarem abaixo do valor mínimo esperado.

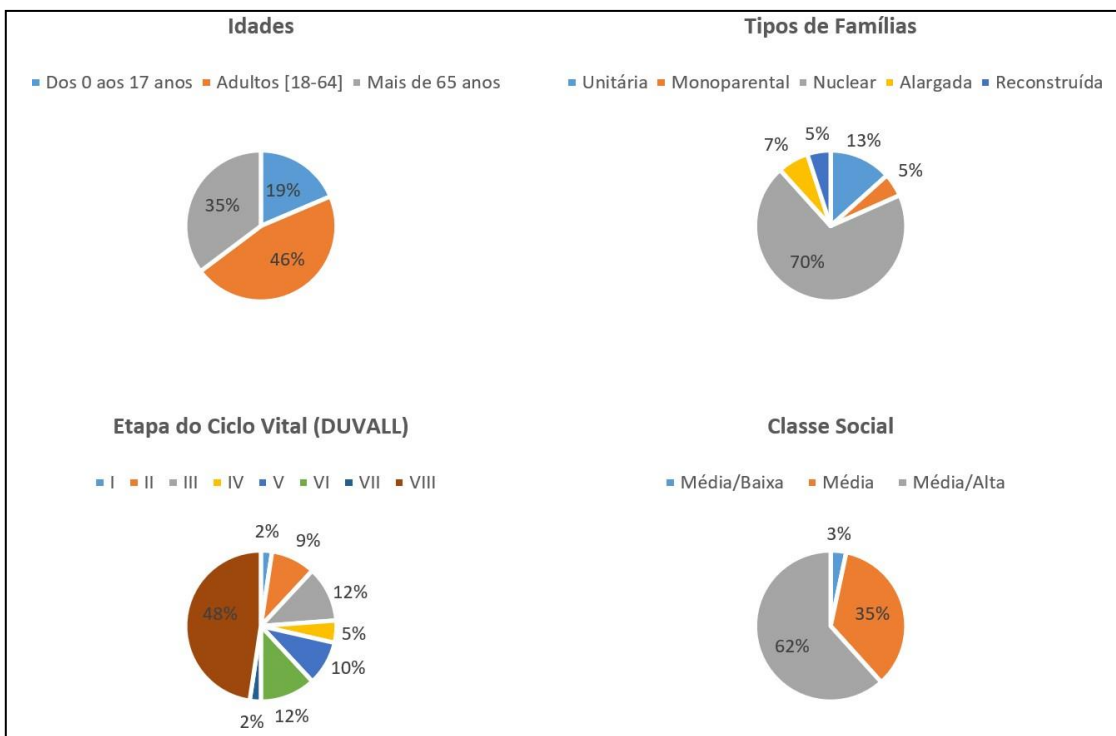
2. PAI “Rastreio de Infecção por HIV em adultos sem consulta nos últimos 3 anos”

Objetivo: melhorar os indicadores “Proporção de utentes consultados nos últimos 12 meses e sem rastreio VIH/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) que o efetuaram nesse período” e “Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos”; motivar para a utilização dos serviços de saúde; aumentar a proporção de utentes adultos com rastreio de HIV, através da prescrição de testes rápidos VIH, disponíveis na unidade; proporcionar o recurso às consultas enfermagem e médicas da unidade dos utentes que não recorreram à consulta nos últimos 3 anos.

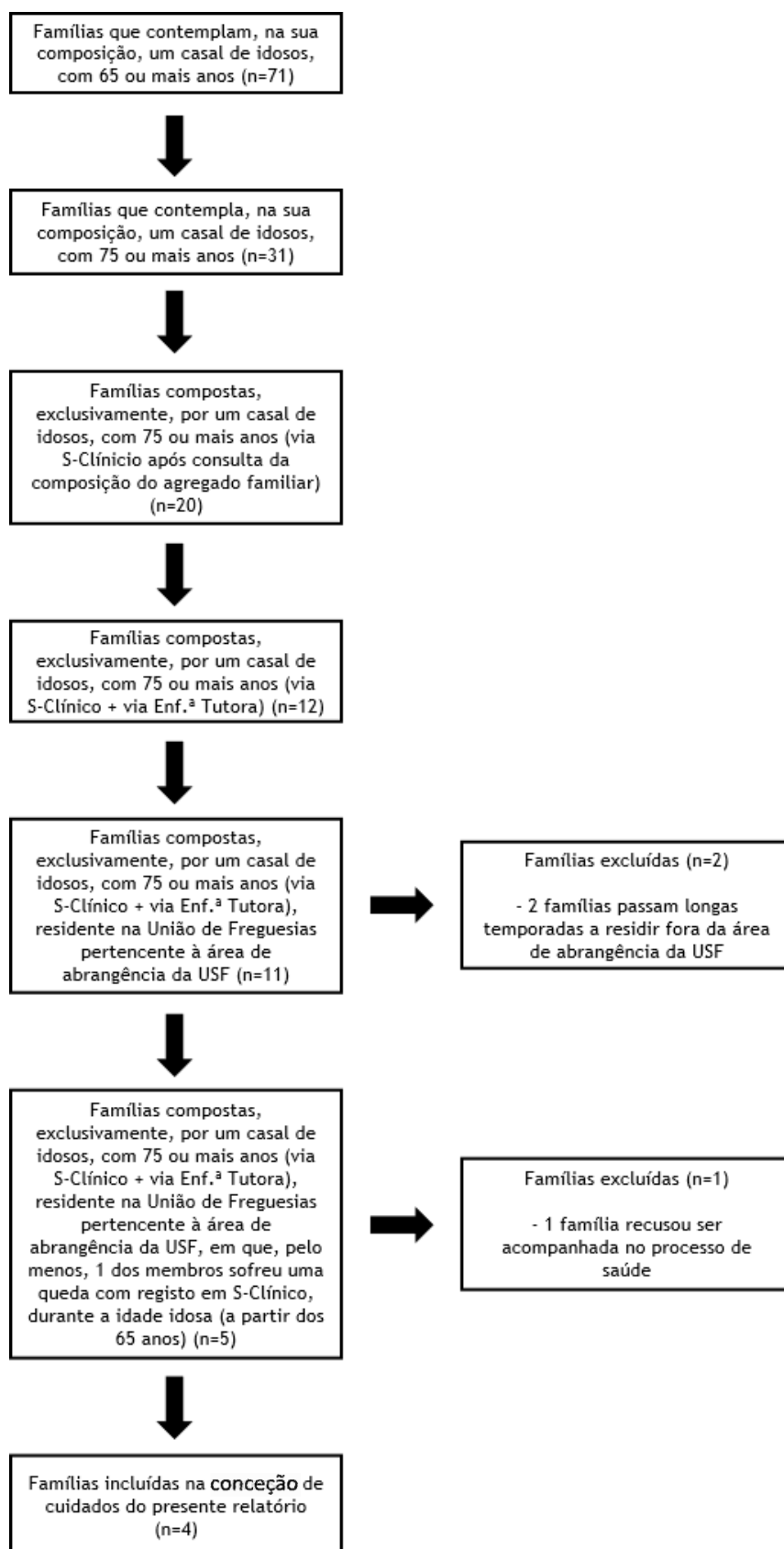
3. PAI “Melhoria da vigilância em doentes com abuso do álcool”

Objetivo: garantir o acompanhamento adequado destes doentes; realizar a intervenção breve nos utentes com abuso agudo e crónico de álcool; garantir a referenciação para a consulta no Centro de respostas integradas para todos os utentes que o pretendam; incentivar a implementação de medidas não farmacológicas no controlo do uso de álcool; motivar para a correta utilização dos serviços de saúde; garantir a atualização dos contactos dos utentes no RNU.

Anexo 3 - Dados estatísticos de caracterização das famílias



Anexo 4 - Diagrama de Seleção das Famílias



Anexo 5 - Folheto de Exercícios Músculo-Articulares (Argentina - Família América)

Exercícios Músculo articulares

Estes exercícios têm como principal objetivo manter ou recuperar a sua amplitude de movimento nas diferentes articulações. Deve realizá-los 2 vezes por dia. Se não for possível, comece por uma vez por dia e vá aumentando progressivamente o número e duração dos exercícios.

Realize 3 séries, de 8 a 15 repetições, com repouso de 30 segundos entre cada série.

1. Flexão do ombro



2. Flexão e extensão do cotovelo



3. Flexão da anca



4. Flexão do joelho e flexão da anca



5. Extensão da anca e coluna dorso-lombar



6. Rotação interna e externa da anca



7. Abdução e adução da anca



8. Ombro e dedos



9. Ombro, cotovelo e dedos

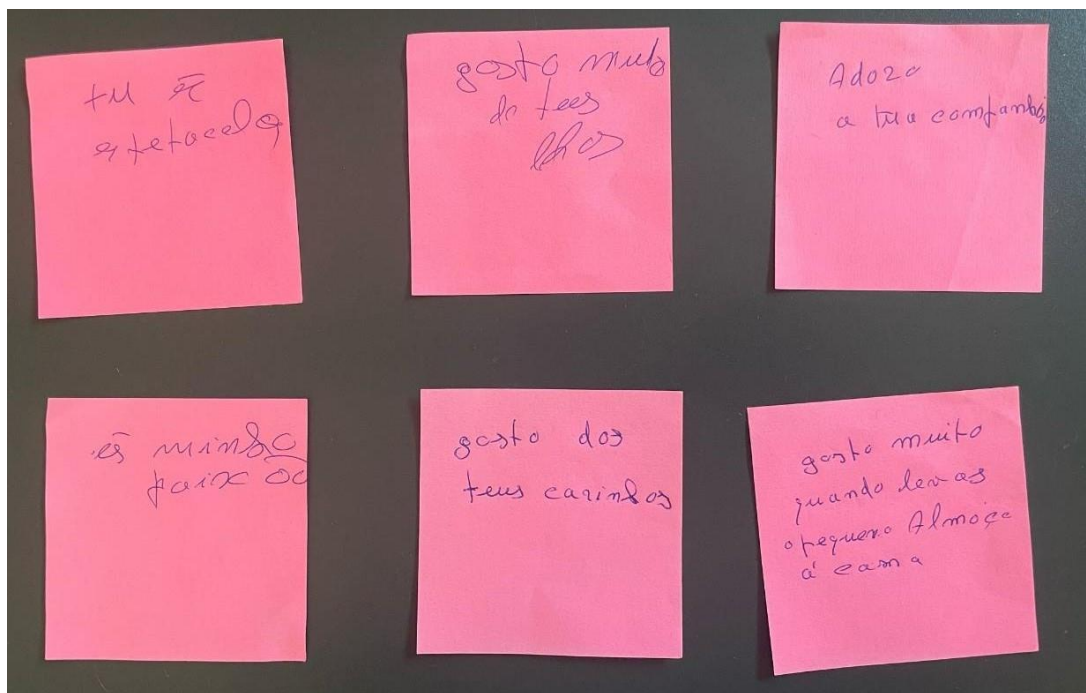


10. Movimentos combinados do ombro

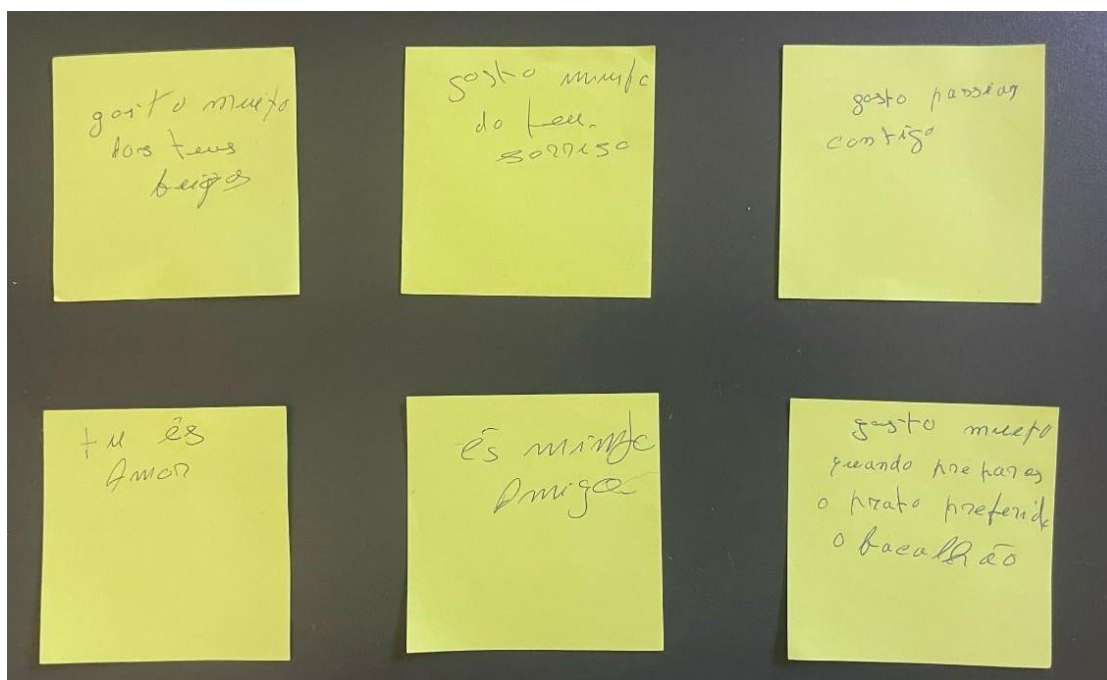


Anexo 6 - Ritual Terapêutico: post-it

De Espanha para Portugal:



De Portugal para Espanha:



Anexo 7 - Instrumento de Verificação da Documentação dos Cuidados no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Instrumento de Verificação da Documentação dos Cuidados

Para a realização desta verificação de documentação de cuidados foram selecionados, aleatoriamente, 14 processos clínicos individuais (2 de cada enfermeira da USF). Os registos alvo de verificação referem-se quer aos registos realizados nos processos clínicos familiares ao qual pertence o indivíduo, quer aos registos nos processos clínicos individuais selecionados.

O tipo de amostragem é por conveniência, na medida em que os 14 processos clínicos selecionados aleatoriamente tinham de apresentar, pelo menos, um agendamento de consulta de enfermagem entre o período 15-12-2023 (data da formação) e 12-01-2023 (data final de verificação de resultados) de, pelo menos, um dos membros da família.

Serão verificados 24 critérios referentes a parâmetros gerais e específicos de registo.

- **Âmbito:** Verificação da documentação de cuidados de enfermagem no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar
- **Unidade de Saúde:** USF
- **Data:**
- **Equipa:** Maria Carolina de Jesus e Rita Rocha

Instrumento de Verificação da Documentação dos Cuidados				
Parâmetros Gerais de Registo				
Critério	Cumpre	Não Cumpre	N/A	Observações
1. Apresenta registos no "Processo Familiar", sem abrir contacto.				
2. Abre contacto do processo clínico familiar.				
3. Associa o programa "Saúde da Família" ao processo clínico familiar.				
4. Associa o programa "Saúde da Família" ao processo clínico individual.				
5. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF.				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Estrutural do MDAIF				
Critério	Cumpre	Não Cumpre	N/A	Observações
6. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF.				
7. Apresenta registos sobre "Tipo de família".				
8. Apresenta registos sobre "Classe Social".				
9. Apresenta registos sobre "Suporte" (sistemas mais amplos).				
10. Apresenta registos da área "Abastecimento de água".				
11. Apresenta registos da área "Habitação".				

Instrumento de Verificação da Documentação dos Cuidados

12. Apresenta registos da área "Rendimentos".				
13. Apresenta registos da área "Precaução de Segurança".				
13.1 Apresenta registos do risco de queda de, pelo menos, um membro da família idoso.				
13.2 Apresenta registos relativos à avaliação das barreiras arquitetónicas, no domicílio em "Processo Familiar", ou através da intervenção "Assistir a identificar condições de risco para a queda", em famílias com membros idosos.				
13.3 Apresenta registos relativos à intervenção no âmbito da prevenção de queda, em famílias com membros idosos.				
14. Apresenta registos da área "Animal Doméstico".				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF				
Critério	Cumpre	Não Cumpre	N/A	Observações
15. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento do MDAIF.				
16. Apresenta registos sobre "Ciclo de Duvall" (etapa do ciclo vital).				
17. Apresenta registos da área "Satisfação Conjugal".				
18. Apresenta registos da área "Planeamento Familiar".				
19. Apresenta registos da área "Adaptação à Gravidez".				
20. Apresenta registos da área "Papel parental".				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Funcional do MDAIF				
Critério	Cumpre	Não Cumpre	N/A	Observações
21. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão funcional do MDAIF.				
22. Apresenta registos sobre "Crenças".				
23. Apresenta registos da área "Papel do prestador de cuidados".				
24. Apresenta registos da área "Processo familiar".				

Anexo 8 - Questionário para Diagnóstico de Necessidades da Equipa de Enfermagem da USF

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

O presente questionário surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar e foi desenvolvido pelas mestrandas Maria Carolina de Jesus e Rita Rocha, sob orientação das Professoras Ana Isabel Vilar e Maria Henriqueta Figueiredo.

As respostas ao questionário são anónimas e servirão apenas para que as mestrandas possam identificar as necessidades formativas da equipa de Enfermagem sobre Enfermagem de Saúde Familiar, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e documentação dos cuidados prestados neste âmbito e, desta forma, adequar e personalizar as estratégias e conteúdos de formação à equipa.

PARTE I

1. Idade: _____

2. Número de anos de experiência profissional: _____

3. Número de anos de experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários:

4. Nível de formação:

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

5. Detentor(a) de formação Especializada em Enfermagem:

SIM

NÃO

5.1. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale em que área:

__ Enfermagem de Reabilitação

__ Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enfermagem Comunitária

Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

6. Detentor(a) de formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar:

SIM

NÃO

6.1. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale qual:

Pós – graduação com 30 ou mais ECTs (com pelo menos 300h)

Mestrado

Outra. Indique qual e nº de ECTs/Horas _____

7. Conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), enquanto referencial teórico em Enfermagem de Saúde Familiar?

SIM

NÃO

8. É detentor(a) de formação sobre o MDAIF?

SIM

NÃO

8.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, tem interesse em ter formação sobre o MDAIF?

SIM

NÃO

8.2. Se respondeu SIM à questão 7, considera a formação que realizou suficiente para suprir as suas necessidades enquanto profissional?

SIM

NÃO

8.2.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, quais os aspetos que consideraria fundamentais numa formação sobre o MDAIF?

9. No que diz respeito aos cuidados prestados às famílias, regista habitualmente os cuidados que presta no sistema informático SClinico CSP?

SIM

NÃO

9.1. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale onde o faz:

___ Programa(s) de Saúde associado ao Processo Individual dos Membros da Família

___ Programa(s) de Saúde associado ao Processo Familiar

___ Notas associadas ao Processo Individual dos Membros da Família

___ Notas associadas ao Processo Familiar

___ Outro. Qual? _____

9.2. Se respondeu SIM à questão 8 e se assinalou alguma das opções "Programa de Saúde" na questão 8.1, refira qual(ais) o(s) programa(s).

9.3. Se respondeu SIM à questão 8, refira quais as dificuldades sentidas na documentação dos cuidados, caso se aplique.

9.4. Se respondeu NÃO à questão 8, por favor, assinale o motivo porque não o faz:

___ Falta de conhecimento sobre a forma de documentação dos cuidados no SClinico

___ Falta de tempo

___ Não é importante/ não faz falta

___ Outro. Indique qual: _____

10. Refira quais as áreas de atenção e respetivas intervenções de enfermagem que lhe parecem importantes na prestação de cuidados às famílias nucleares com filhos adultos que ainda habitam em casa dos pais.

Áreas de atenção:

Intervenções:

10.1 Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família nuclear com filhos adultos que ainda habitam em casa dos pais?

SIM

NÃO

10.1.1. Se respondeu SIM à questão anterior, essa avaliação/intervenção foi realizada:

__ Na USF

__ No domicílio

__ Por telefone

Outro. Refira qual: _____

10.1.2. Se respondeu NÃO à questão 10.1, selecione o motivo:

__ Falta de tempo

__ Falta de conhecimento sobre a avaliação a intervenção familiar

__ Não considero importante

__ Outro. Refira qual: _____

11. Refira quais as áreas de atenção e respetivas intervenções de enfermagem que lhe parecem importantes na prestação de cuidados a famílias tipo casal com membros idosos.

Áreas de atenção:

Intervenções:

11.1 Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família tipo casal com membros idosos? (SIM/NÃO)

11.1.1. Se respondeu SIM à questão anterior, essa avaliação/intervenção foi realizada:

Na USF

No domicílio

Por telefone

Outro. Refira qual: _____

11.1.2. Se respondeu NÃO à questão 10.1, selecione o motivo:

Falta de tempo

Falta de conhecimento sobre a avaliação a intervenção familiar

Não considero importante

Outro. Refira qual: _____

12. Tendo em consideração a sua perceção acerca do seu nível de competência, numa escala de 0 a 10 (onde 0 significa totalmente incompetente e 10 significa totalmente competente), como classifica a sua competência na avaliação e intervenção da família enquanto cliente/unidade de cuidados? Avaliação: _____ Intervenção: _____

PARTE II

Analise as afirmações que se seguem e assinale se são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).

1. A família é um sistema dinâmico e fechado. ____
2. A família é um sistema constituído por elementos que podem ou não partilhar laços biológicos mas que partilham laços afetivos. ____
3. Todas as famílias desempenham funções de proteção, sustento e socialização dos seus membros. ____
4. As transições normativas ocorrem ao longo do ciclo vital das famílias. ____
5. Perante novas situações, a família adapta-se, não havendo alterações do funcionamento do sistema familiar que se mantém estável. ____

6. O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESCESF) considera a família como parceira de cuidados. ____
7. O EEESCESF avalia a família, desenvolve e implementa um processo de cuidados adequado às necessidades que identifica. ____
8. O EEESCESF tem como competência detetar e resolver os problemas comunicacionais da família. ____
9. A avaliação familiar fundamenta-se apenas na avaliação individual de cada um dos membros da família. ____
10. O MDAIF é um referencial teórico que pretende orientar a prestação de cuidados às famílias. _
11. O MDAIF tem por base vários referenciais epistemológicos, como por exemplo a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria Cibernética e a Teoria Ecosistémica. ____
12. De acordo com o MDAIF, as dimensões avaliativas a ter em conta na avaliação familiar são as dimensões: estrutural, individual e funcional. ____
13. Nas famílias nucleares com filhos adultos que ainda habitam em casa dos pais, poderá ser importante avaliar/intervir na área de atenção "Satisfação Conjugal". ____
14. Numa família nuclear com filhos adultos que ainda habitam em casa dos pais não é necessário avaliar/intervir na área de atenção "Papel Parental". ____
15. Numa família tipo casal com membros idosos, poderá ser importante avaliar/intervir na área de atenção "Edifício Residencial" e na área de atenção "Satisfação Conjugal". ____
16. Numa família tipo casal com membros idosos, torna-se sempre pertinente avaliar/intervir na área de atenção "Papel do Prestador de Cuidados". ____
17. Numa família tipo casal com membros idosos, todas as áreas de atenção referentes à dimensão "Desenvolvimento" devem ser alvo de avaliação/intervenção por parte do Enfermeiro de família. ____

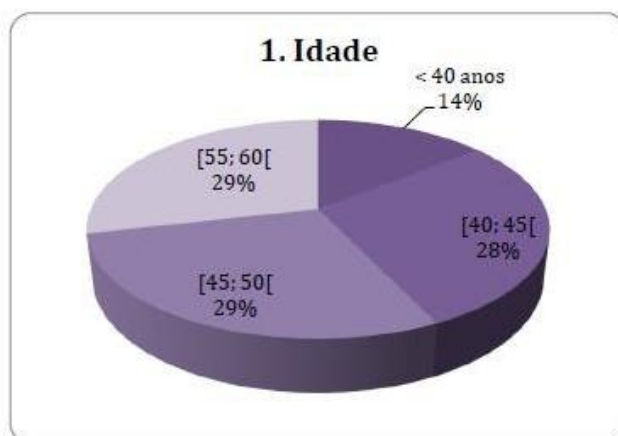
Anexo 9 - Resultados do Questionário do Diagnóstico de Necessidades da Equipa de Enfermagem da USF (pré e pós Processo Formativo)

Pré Processo Formativo:

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

PARTE I

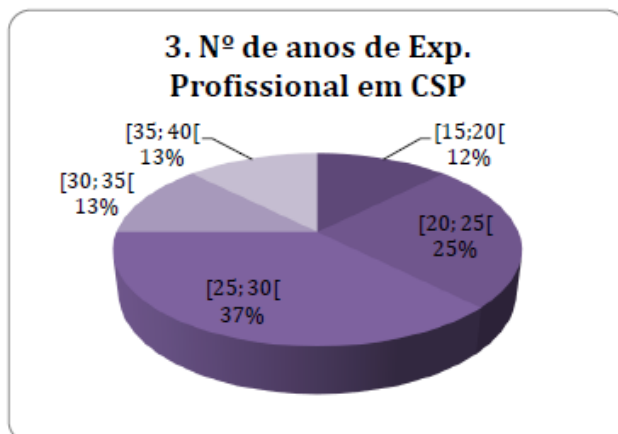
1. Idade (7 respostas)



2. Número de anos de experiência profissional (7 respostas)

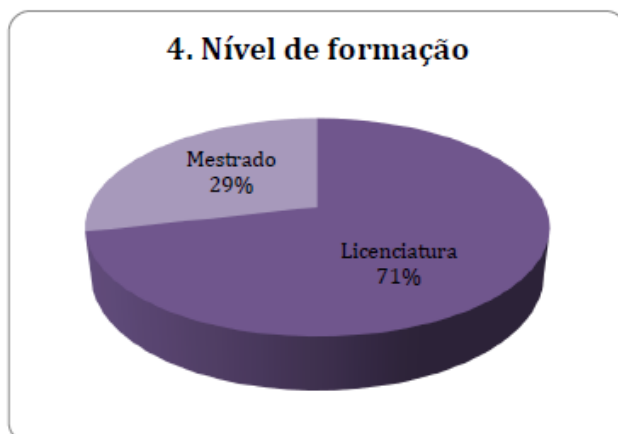


3. Número de anos de experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários
(7 respostas)



Nota: Apenas uma das profissionais, as restantes sempre trabalharam em unidades de cuidados de saúde primários (centros de saúde e unidades de saúde familiar).

4. Nível de Formação
(7 respostas)



5. Detentor(a) de formação Especializada em Enfermagem
(7 respostas)

5. Detentor de formação especializada em Enfermagem

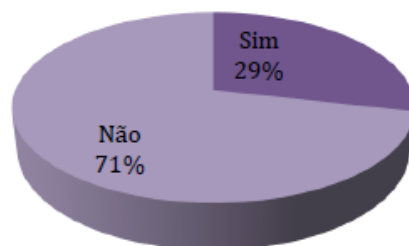


5.1. Área formação Especializada em Enfermagem
(5 respostas)

	Nº de Profissionais
Enfermagem de Reabilitação	1
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1
Enfermagem Comunitária	1
Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar	2

6. Detentor(a) de formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar
(7 respostas)

6. Detentor de formação específica em ESF

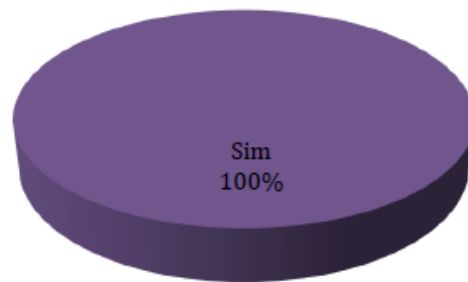


6.1. Tipo de formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar
(2 respostas)

	Nº de Profissionais
Pós-Graduação com 30 ou mais ECTS (com pelo menos 300h)	1
Mestrado	1
Outra	1

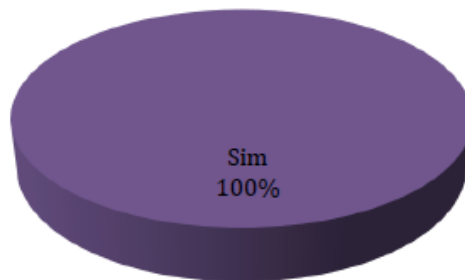
7. Conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), enquanto referencial teórico em Enfermagem de Saúde Familiar?
(7 respostas)

7. Conhecimento sobre o MDAIF



8. É detentor(a) de formação sobre o MDAIF?
(7 respostas)

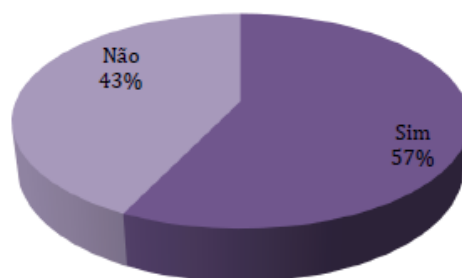
8. Formação sobre MDAIF



8.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, tem interesse em ter formação sobre o MDAIF? – (Sem dados)

8.2. Se respondeu SIM à questão 8, considera a formação que realizou suficiente para suprir as suas necessidades enquanto profissional?
(7 respostas)

8.2. A formação é suficiente?



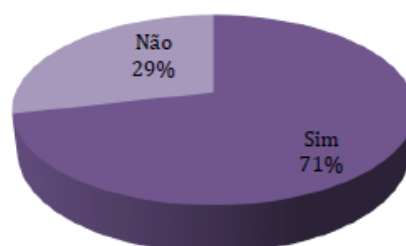
8.2.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, quais os aspetos que consideraria fundamentais numa formação sobre o MDAIF?

(3 respostas)

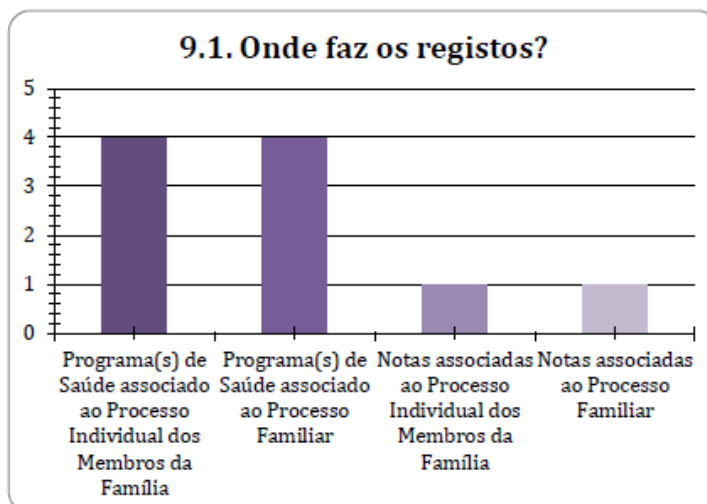
- Operacionalização do modelo teórico;
- Identificar aplicabilidade prática (2);
- Transporte da informação recolhida para registo no SClínico.

9. No que diz respeito aos cuidados prestados às famílias, regista habitualmente os cuidados que presta no sistema informático SClínico CSP?
(7 respostas)

9. Regista os cuidados às famílias no SClínico?



9.1. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale onde o faz:
(5 respostas)



9.2. Se respondeu SIM à questão 9 e se assinalou alguma das opções "Programa de Saúde" na questão 9.1, refira qual(ais) o(s) programa(s).

- Saúde Familiar (2);
- Em todos os programas de saúde (2).

9.3. Se respondeu SIM à questão 9, refira quais as dificuldades sentidas na documentação dos cuidados, caso se aplique.

- O sistema informático carece de intervenções sugeridas face ao foco;
- Falta de domínio total do SClinico;
- Necessidade de duplicação de registos;
- Programas pouco intuitivos;
- Intervenções limitadas;
- Falta de espaço próprio para observações livres, com visualização fácil.

9.4. Se respondeu NÃO à questão 9, por favor, assinale o motivo porque não o faz:
(2 respostas)

	Nº de Profissionais
Falta de conhecimento sobre a forma de documentação dos cuidados no SClinico	1
Outro*	1

*Qual? - Programa de Saúde Familiar pouco desenvolvido no SClinico

10. Refira quais as áreas de atenção e respetivas intervenções de enfermagem que lhe parecem importantes na prestação de cuidados às famílias nucleares com filhos adultos que ainda habitam em casa dos pais.

Áreas de atenção:

- Papel Parental (2);
- Processo Familiar (3);
- Relações familiares do foco emocional e afetivo;
- Satisfação conjugal (2);
- Promoção da autonomia;
- Reconhecimento da independência do filho;
- Gestão financeira.

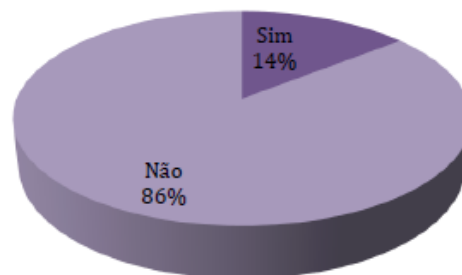
Intervenções:

- Avaliar o papel parental (2);
- Avaliar o processo familiar;
- Comunicação familiar/Melhorar comunicação (2);
- Coping Familiar;
- Promover o envolvimento do filho na gestão familiar;
- Negociar direitos e deveres de pais e filhos na família;

10.1. Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família nuclear com filhos adultos que ainda habitam em casa dos pais?

(7 respostas)

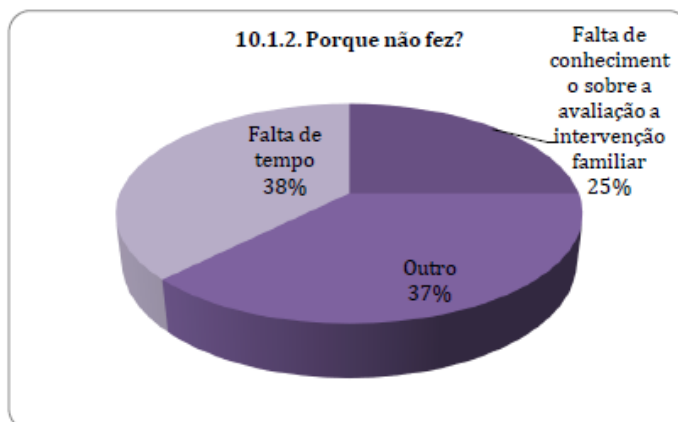
10.1. Já avaliou e interviu numa família nuclear com filhos adultos a viver em casa dos pais?



10.1.1. Se respondeu SIM à questão anterior, essa avaliação/intervenção foi realizada:
(1 resposta)

- Na USF

10.1.2. Se respondeu NÃO à questão 10.1, selecione o motivo:
(6 respostas)



Nota: *Outro: Este tipo de família não é foco habitual para avaliação familiar, outras prioridades.

11. Refira quais as áreas de atenção e respectivas intervenções de enfermagem que lhe parecem importantes na prestação de cuidados a famílias tipo casal com membros idosos.

Áreas de atenção:

- Papel do prestador de cuidados (conhecimento e habilidades) (3);
- Satisfação Conjugal (2);
- Auto Cuidado (2);
- Risco de queda (2);
- Risco de UP;
- Edifício Residencial;
- Processo Familiar;
- Atividade recreativa;
- Atividade física;
- Prevenção de Acidentes.

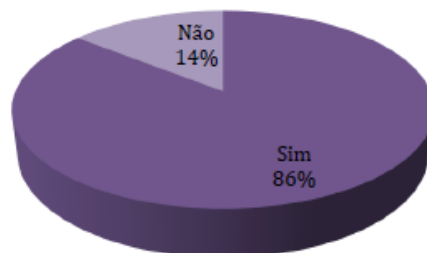
Intervenções:

- Avaliar o papel de prestador de cuidados;
- Avaliar a satisfação conjugal;
- Avaliação da dependência;
- Avaliação do risco de queda (2);
- Avaliação autocuidado (2);
- Avaliação do risco de UP;
- Avaliação da capacidade de reconstrução autonomia (quando em situação de dependência);
- Avaliação conhecimento/capacidade para prevenção de situações de risco;
- Avaliação da pele/tegumento;
- Avaliação da necessidade de dispositivos;
- Avaliação do edifício residencial;
- Avaliação do calçado/vestuário;
- Adequar as intervenções nas áreas de saúde física;
- Intervenção na saúde psíquica com ações de estimulação cognitiva (2);
- Avaliação do conhecimento do papel de prestador de cuidados;
- Saturação do papel de prestador de cuidados;
- Interação de papéis no processo familiar;
- Gerir ambiente físico/eliminar barreiras arquitectónicas;
- Incentivar atividade física;
- Incentivar socialização;
- Avaliar comunicação;
- Promover comunicação eficaz;
- Avaliar satisfação sexual;
- Normalizar sexualidade na pessoa idosa

11.1. Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família tipo casal com membros idosos?

(7 respostas)

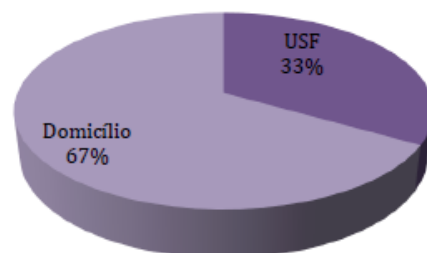
11.1. Já avaliou e entrevistou numa família tipo casal com membros idosos?



11.1.1. Se respondeu SIM à questão anterior, essa avaliação/intervenção foi realizada:

(6 respostas)

11.1.1. Em que local foi realizada a avaliação?



11.1.2. Se respondeu NÃO à questão 11.1., seleccione o motivo:

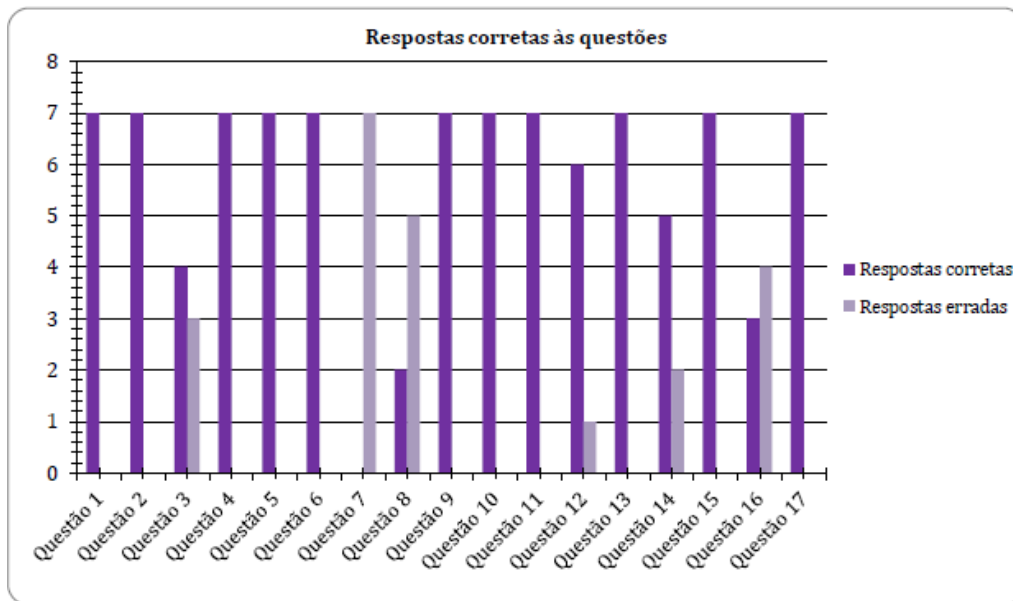
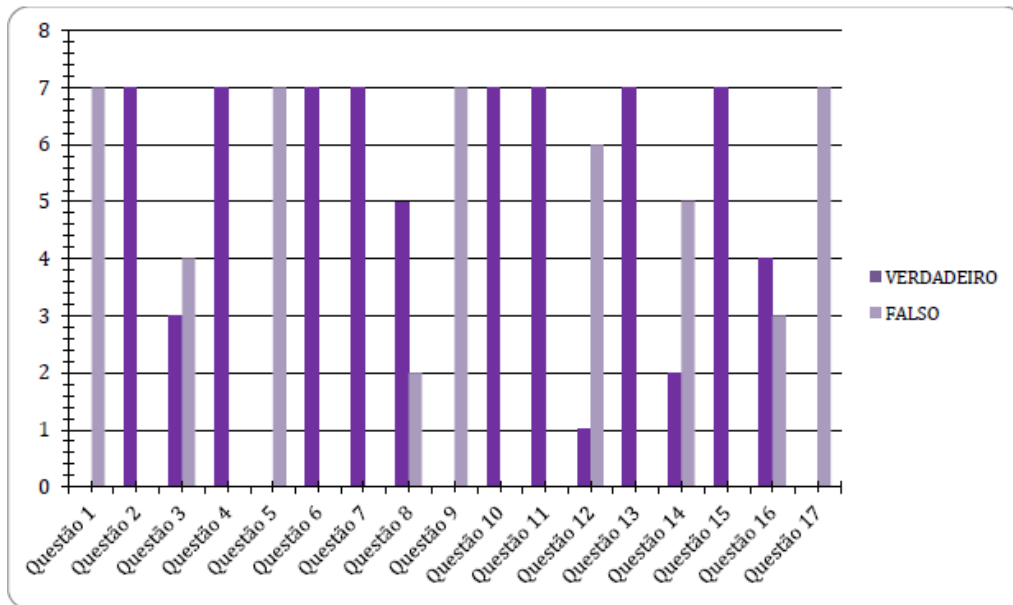
(1 resposta)

- Falta de conhecimento sobre a avaliação a intervenção familiar

12. Tendo em consideração a sua percepção acerca do seu nível de competência, numa escala de 0 a 10 (onde 0 significa totalmente incompetente e 10 significa totalmente competente), como classifica a sua competência na avaliação e intervenção da família enquanto cliente/unidade de cuidados?

	Prof.1	Prof.2	Prof.3	Prof.4	Prof.5	Prof.6	Prof.7
Avaliação	6	Sem resp.	8	5	7	8	5
Intervenção	6	Sem resp.	9	5	7	8	5

PARTE II

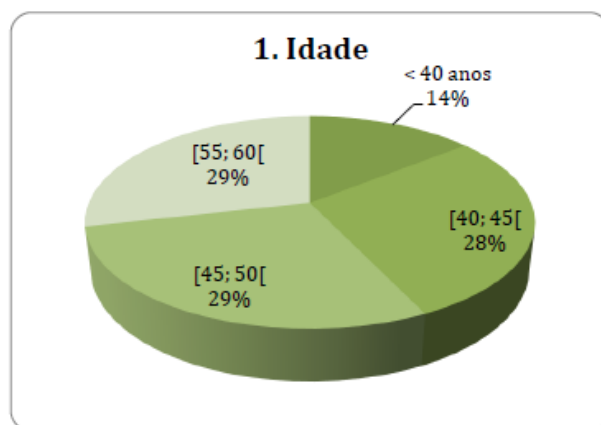


% de respostas corretas=81,5%

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

PARTE I

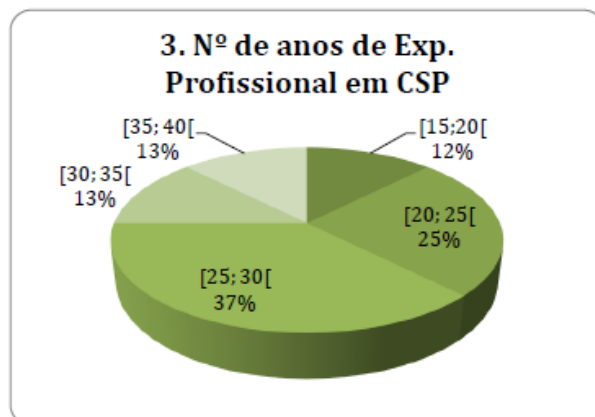
1. Idade (7 respostas)



2. Número de anos de experiência profissional (7 respostas)

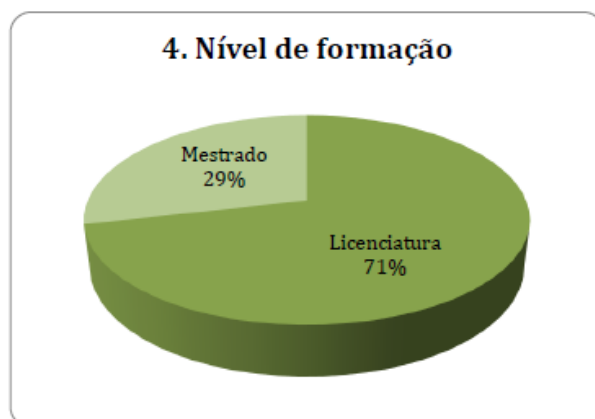


3. Número de anos de experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários
(7 respostas)



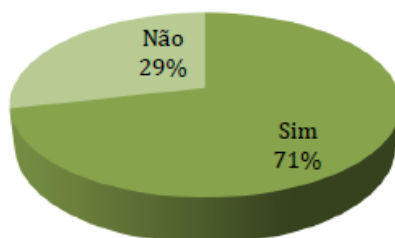
Nota: Apenas uma das profissionais, as restantes sempre trabalharam em unidades de cuidados de saúde primários (centros de saúde e unidades de saúde familiar).

4. Nível de Formação
(7 respostas)



5. Detentor(a) de formação Especializada em Enfermagem
(7 respostas)

5. Detentor de formação especializada em Enfermagem

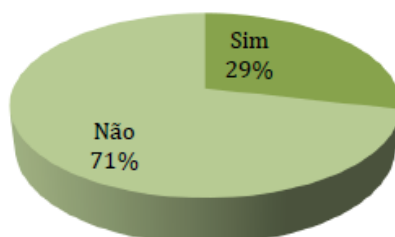


5.1. Área formação Especializada em Enfermagem
(5 respostas)

	Nº de Profissionais
Enfermagem de Reabilitação	1
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1
Enfermagem Comunitária	1
Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar	2

6. Detentor(a) de formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar
(7 respostas)

6. Detentor de formação específica em ESF

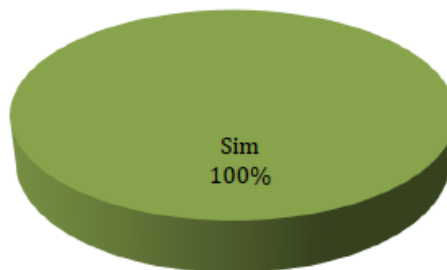


6.1. Tipo de formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar
(2 respostas)

	Nº de Profissionais
Pós-Graduação com 30 ou mais ECTS (com pelo menos 300h)	1
Mestrado	1
Outra	1

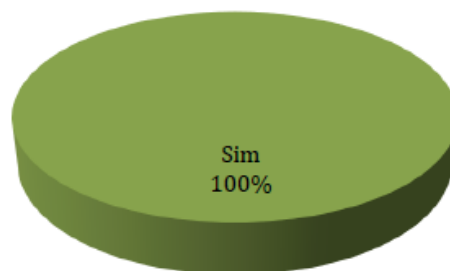
7. Conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), enquanto referencial teórico em Enfermagem de Saúde Familiar?
(7 respostas)

7. Conhecimento sobre o MDAIF



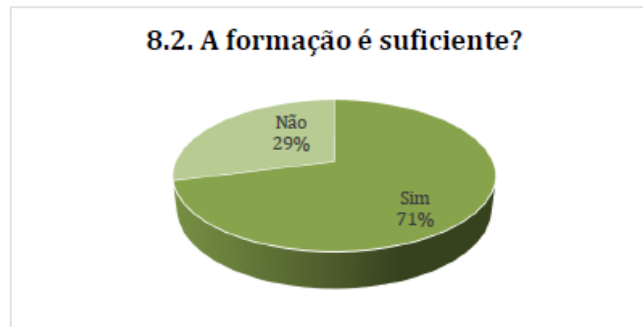
8. É detentor(a) de formação sobre o MDAIF?
(7 respostas)

8. Formação sobre MDAIF



8.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, tem interesse em ter formação sobre o MDAIF? – (Sem dados)

8.2. Se respondeu SIM à questão 8, considera a formação que realizou suficiente para suprir as suas necessidades enquanto profissional?
(7 respostas)



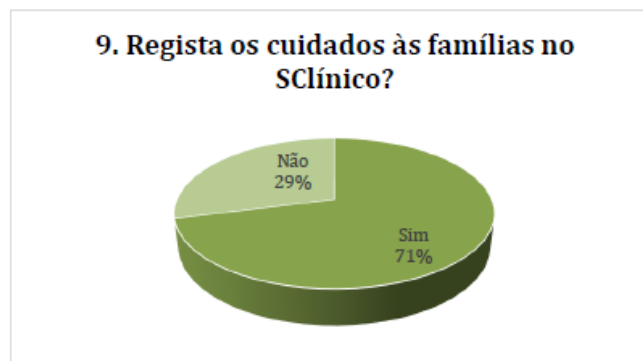
8.2.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, quais os aspetos que consideraria fundamentais numa formação sobre o MDAIF?

(1 resposta)

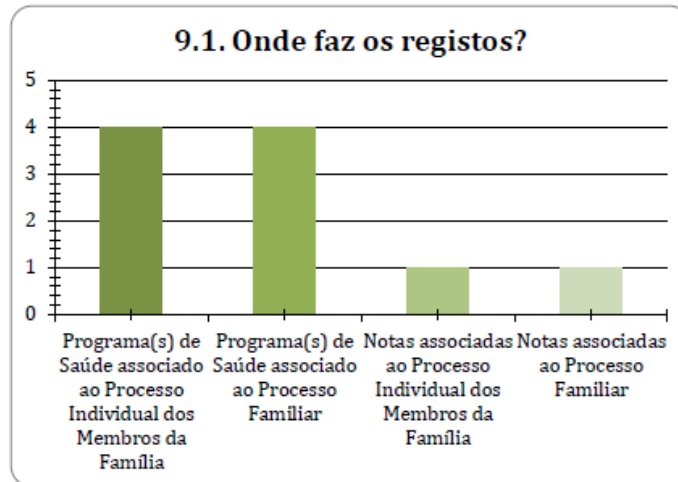
- Operacionalização do modelo teórico.

9. No que diz respeito aos cuidados prestados às famílias, regista habitualmente os cuidados que presta no sistema informático SClínico CSP?

(7 respostas)



9.1. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale onde o faz:
(5 respostas)



9.2. Se respondeu SIM à questão 9 e se assinalou alguma das opções "Programa de Saúde" na questão 9.1, refira qual(ais) o(s) programa(s).

- Saúde da Família (6).

9.3. Se respondeu SIM à questão 9, refira quais as dificuldades sentidas na documentação dos cuidados, caso se aplique.

- Programas pouco intuitivos;
- Intervenções limitadas.

9.4. Se respondeu NÃO à questão 9, por favor, assinale o motivo porque não o faz:
(2 respostas)

	Nº de Profissionais
Falta de hábito	2

10. Refira quais as áreas de atenção e respetivas intervenções de enfermagem que lhe parecem importantes na prestação de cuidados às famílias nucleares com filhos adultos que ainda habitam em casa dos pais.

Áreas de atenção:

- Papel Parental (7);
- Processo Familiar (4);
- Satisfação conjugal (5);

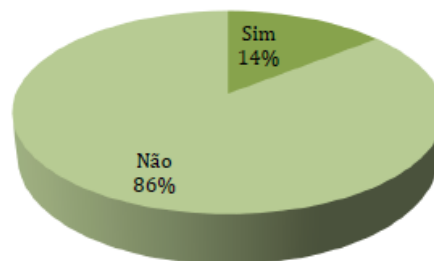
- Gestão financeira.

Intervenções:

- Avaliar o papel parental (2);
- Avaliar o processo familiar;
- Comunicação familiar/Melhorar comunicação (2);
- Coping Familiar;
- Promover o envolvimento do filho na gestão familiar;
- Negociar direitos e deveres de pais e filhos na família;

10.1. Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família nuclear com filhos adultos que ainda habitam em casa dos pais?
(7 respostas)

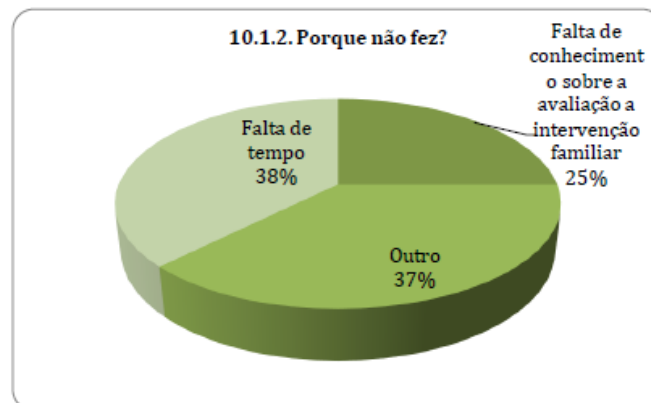
10.1. Já avaliou e interviu numa família nuclear com filhos adultos a viver em casa dos pais?



10.1.1. Se respondeu SIM à questão anterior, essa avaliação/intervenção foi realizada:
(1 resposta)

- Na USF

10.1.2. Se respondeu NÃO à questão 10.1, selecione o motivo:
(6 respostas)



Nota: *Outro: Este tipo de família não é foco habitual para avaliação familiar; outras prioridades.

11. Refira quais as áreas de atenção e respetivas intervenções de enfermagem que lhe parecem importantes na prestação de cuidados a famílias tipo casal com membros idosos.

Áreas de atenção:

- Papel do prestador de cuidados (conhecimento e habilidades) (4);
- Satisfação Conjugal (6);
- Auto Cuidado (2);
- Risco de queda (7);
- Risco de UP (2);
- Edifício Residencial (7);
- Processo Familiar (5);
- Atividade física (2);
- Prevenção de Acidentes (2);
- Precaução de segurança (6);
- Processo familiar (2);
- Abastecimento de água (1);
- Animal doméstico (1);
- Rendimento familiar (3).

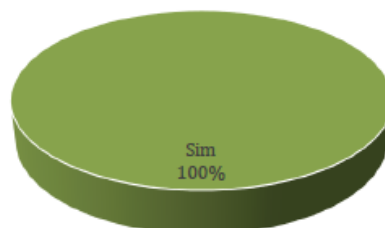
Intervenções:

- Avaliar o papel de prestador de cuidados;
- Avaliar a satisfação conjugal;
- Avaliação do risco de queda;
- Avaliação autocuidado;
- Avaliação do risco de UP;
- Avaliação da pele/tegumento;
- Avaliação da necessidade de dispositivos;
- Avaliação do edifício residencial;
- Saturação do papel de prestador de cuidados;
- Interação de papéis no processo familiar;
- Gerir ambiente físico/eliminar barreiras arquitectónicas;
- Incentivar atividade física;
- Avaliar rendimento familiar;
- Avaliar comunicação do casal;
- Avaliar relação dinâmica.

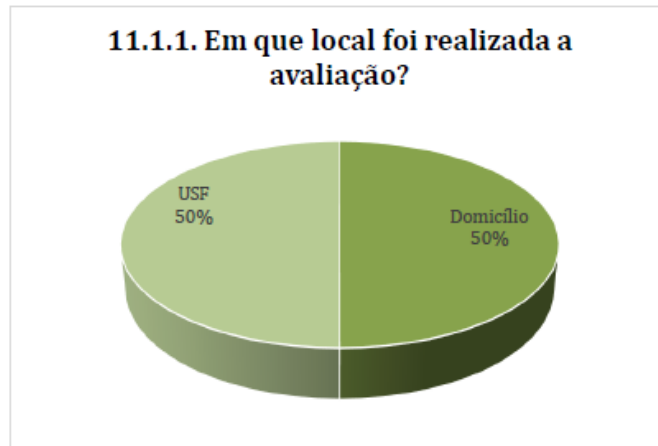
11.1. Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família tipo casal com membros idosos?

(7 respostas)

11.1. Já avaliou e interviu numa família tipo casal com membros idosos?



11.1.1. Se respondeu SIM à questão anterior, essa avaliação/intervenção foi realizada:
(7 respostas)



11.1.2. Se respondeu NÃO à questão 11.1., selecione o motivo:
(0 resposta)

12. Tendo em consideração a sua percepção acerca do seu nível de competência, numa escala de 0 a 10 (onde 0 significa totalmente incompetente e 10 significa totalmente competente), como classifica a sua competência na avaliação e intervenção da família enquanto cliente/unidade de cuidados?

	Prof.1	Prof.2	Prof.3	Prof.4	Prof.5	Prof.6	Prof.7
Avaliação	8	8	9	7	8	9	7
Intervenção	8	8	10	7	8	9	7

PARTE II

% de respostas corretas=89,0%

Anexo 10 - Planeamento do Processo Formativo implementado à Equipa de Enfermagem da USF

Plano Formativo: Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados

Objetivo Geral: Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Objetivos Específicos:

- Promover e colaborar na melhoria contínua da qualidade no âmbito da documentação da prestação de cuidados de Enfermagem especializados à família;
- Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação;
- 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;
- Assegurar processos de *coaching* aos membros da equipa de Enfermagem para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Atividade: Processo formativo no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, priorizando a documentação dos cuidados de Enfermagem no sistema no informático, conforme necessidades identificadas junto da equipa.

No decorrer do período de estágio, foram relatadas, pela equipa de Enfermagem da USF, dificuldades e limitações no que diz respeito à documentação dos cuidados de Enfermagem direcionados às famílias, no sistema informático SClínico.

Atentando à melhoria contínua da qualidade, na área “Qualidade Organizacional”, na subárea “Segurança” e na dimensão “Segurança de Utentes”, o ACeS contratualizou um valor de IDS de 84.0, sendo que em 2022 o resultado obtido foi 0.0., evidenciando a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde, como preconiza o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). O PNSD 2021-2026 visa consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde. A Segurança de Utentes contempla o fenómeno “Queda”, sendo uma das áreas sujeitas a avaliação e que contribui para o sucesso do indicador 2019.428.01, a seguinte: “A unidade funcional implementa medidas destinadas à prevenção de quedas”. Dentro desta área, um dos critérios de avaliação é “A unidade funcional realizou, nos últimos 2 anos, pelo menos uma auditoria interna ou externa aos registos clínicos no domicílio dos doentes idosos onde tenham sido analisadas medidas para prevenir quedas.”, sendo esta uma das áreas prioritárias de avaliação/intervenção nas famílias com idosos, ou seja, a avaliação/intervenção na Prevenção de Segurança e respetiva documentação dos cuidados.

Plano Formativo: Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados

Considerando a análise realizada às duas amostras aleatórias de 60 famílias das enfermeiras tutoras, foi possível identificar que nenhuma apresentava, no “Processo Clínico Familiar”, documentados os cuidados direcionados às famílias, no sistema informático SClínico.

População-Alvo: Equipa de Enfermagem da USF

O que vai ser feito	Objetivo	Quem faz	Quando	Como	Onde
Diagnóstico de situação	Identificar necessidades formativas sobre Avaliação e Intervenção Familiar	Maria Carolina de Jesus e Rita Rocha	10/10/2023 a 11/12/2023	-Elaboração de documento de colheita de dados; -Aplicação do instrumento de colheita de dados; -Elaboração de instrumento de verificação da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias; -Aplicação de instrumento de verificação da documentação dos cuidados de enfermagem a 14 famílias; -Análise dos dados.	USF
Desenvolvimento da formação em serviço	Planear a formação em serviço	Maria Carolina de Jesus e Rita Rocha	01/11/2023 a 14/12/2023	-Elaboração do plano de sessão; -Elaboração da folha de participantes; -Elaboração da apresentação PowerPoint; -Elaboração do “Guia Prático” de documentação; -Elaboração do questionário de avaliação da sessão.	USF

Plano Formativo: Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados

Formação em serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitar o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); - Apresentar as competências específicas do enfermeiro especialista em ESF; - Explicar a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); - Mostrar como se realiza a documentação dos cuidados de enfermagem à família no sistema de informação SClinico; - Motivar para a mobilização na prática clínica do conhecimento adquirido na ação de formação sobre a prática de documentação dos cuidados prestados no âmbito do Programa de Saúde da Família no programa SClinico CSP. 	Maria Carolina de Jesus e Rita Rocha	15/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> -Exposição da apresentação PowerPoint; -Entrega do "Guia Prático"; -Método expositivo, participativo e demonstrativo. 	USF
Coaching individual	-Garantir apoio e esclarecimento de dúvidas no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem às	Maria Carolina de Jesus e Rita Rocha	15/12/2023 a 05/01/2024	-Acompanhar, ativamente, cada membro da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados aquando das	USF

Plano Formativo: Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados

	famílias			consultas às famílias	
Avaliação dos resultados	-Identificar competências adquiridas; -Reconhecer a avaliação global dos participantes acerca dos conteúdos formativos, desempenho dos formadores, organização da ação e sugestões de melhoria	Maria Carolina de Jesus e Rita Rocha	15/12/2023 a 12/01/2024	-Aplicação do documento de colheita de dados; - Aplicação de instrumento de verificação da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias às 14 famílias resultantes da seleção aleatória da atividade "Diagnóstico de Situação"; -Aplicação de questionário de avaliação da sessão; -Análise de dados.	USF

Anexo 11 - Plano + Apresentação Power Point da Sessão Formativa

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA EM CONTEXTO DE TRABALHO						
Tema	"Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados"					
Data	15 / 12 / 2023	Horário	Início: 12h 30m	Fim: 13h30m	Local	USF
População alvo	Equipa de Enfermagem da USF					
Formadores	Maria Carolina Jesus e Rita Rocha					
Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem de sobre Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); - Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a documentação dos cuidados prestados no âmbito do Programa "Saúde da Família" no programa SClínico CSP; - Promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito do registo da prestação de cuidados à família. 					
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitar o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); - Apresentar as competências específicas do enfermeiro especialista em ESF; - Explicar a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); - Mostrar como se realiza a documentação dos cuidados de enfermagem à família no sistema de informação SClínico; - Motivar para a mobilização na prática clínica do conhecimento adquirido na ação de formação sobre a prática de documentação dos cuidados prestados no âmbito do Programa de Saúde da Família no programa SClínico CSP; - Mostrar a relação entre a documentação de cuidados prestados à família e a melhoria do desempenho global da USF/ACeS. 					

	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia Técnico-Pedagógica	Recursos Didáticos
Introdução	7 min	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação das formadoras; - Breve apresentação dos projetos de estágio que as formadoras estão a desenvolver na unidade de saúde familiar; - Apresentação dos objetivos da sessão. 	Método Expositivo	Computador Data-Show
Desenvolvimento	40 min	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); - Competências específicas do enfermeiro especialista em ESF; - MDAIF: estrutura e matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); - Apresentação, passo a passo, sobre a realização da documentação dos cuidados de enfermagem à família no âmbito do Programa de Saúde da Família no programa SClínico CSP; - Apresentação dos resultados da verificação dos registos clínicos pré-formação; - Apresentação de alguns indicadores de desempenho global (IDG) contratualizados pela USF e pelo ACeS e sua relação com a documentação dos cuidados de enfermagem à família. 	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Demonstrativo</p>	Computador; Data-Show; Panfleto "Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados" no Processo Clínico Familiar: Guia Prático de Registo".
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese; - Esclarecimento de dúvidas. 	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Participativo</p>	Computador Data-Show
Avaliação	3 min	Aplicação de Questionário de Avaliação da Formação.		

Projetos em desenvolvimento

“AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM FILHOS ADULTOS QUE AINDA VIVEM EM CASA DOS PAIS”



- Na etapa do ciclo vital familiar “Família com filhos adultos”, é expectável que surja a necessidade de uma abertura da família a novos elementos e a alteração da relação entre pais e filhos.
- As três tarefas desta etapa são: facilitar a saída dos filhos de casa, reavaliar e renegociar a relação conjugal e parental e aprender a lidar com o processo de envelhecimento (Silva et al., 2022).
- A literatura fala em “ninho vazio”, contudo esta realidade tem vindo a mudar.
- Em Portugal: dados do Eurostat (2021) mostram que jovens portugueses saíram de casa dos pais com uma idade média de 33,6 anos; os Censos (2021) evidenciam que as famílias nucleares com filhos constituem 45,3% dos núcleos familiares, sendo que destes 20% são casais cujo filho mais novo tem 25 ou mais anos.
- Falamos então de “ninho cheio” - acontece quando o adulto jovem com idade entre os 25-35 anos se mantém a residir com a família de origem, sem desvincular-se financeira e afetivamente dela (Ciriaco et al., 2022).
- Áreas prioritárias: Dimensão de Desenvolvimento (Papel parental e Satisfação conjugal) e Dimensão Funcional (Processo familiar).

Objetivos da sessão formativa



GERAIS:

- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e sobre a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF);
- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a documentação dos cuidados prestados no âmbito do Programa “Saúde da Família” no programa SClínico CSP;

ESPECÍFICOS:

- Explicitar o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF);
- Apresentar as competências específicas do enfermeiro especialista em ESF;
- Explicar a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF);
- Mostrar como se realiza a documentação dos cuidados de enfermagem à família no sistema de informação SClínico;
- Motivar para a mobilização na prática clínica do conhecimento adquirido na ação de formação sobre a prática de documentação dos cuidados prestados no âmbito do Programa de Saúde da Família no programa SClínico CSP;
- Mostrar a relação entre a documentação de cuidados prestados à família e a melhoria do desempenho global da USF/ACeS.

A Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro Especialista

*“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar concebe a sua prática numa **relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade.** Toma-se como **cliente a família como unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade (unidade).**”*

Para o efeito, aplica conhecimentos na avaliação da saúde da família, considerando quer as relações dinâmicas que se estabelecem entre os seus membros, tomando como foco o processo familiar e família enquanto unidade de cuidados, bem como as necessidades das pessoas que a integram, perspetivando-as em termos espirituais, antropobiológicos, sociais e culturais.”

Tomada de Posição N.º 01/2023 – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

A Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro Especialista

“Possui um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir as forças, os significados, as crenças e os sentidos atribuídos aos processos de saúde-doença, pelas famílias, norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas, potenciando a resiliência da família coletivamente.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar desenvolve competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar utilizando a investigação e a prática baseada na evidência para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que reconhece a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas. “

Tomada de Posição N.º 01/2023 – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

Competências específicas do EEEC na área de ESF

Competência	Descritivo	Unidades de Competência
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	Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.	Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.
		Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.
		Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.
		Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.
		Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem -estar da família, em situações complexas.
		Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.
		Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.
		Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

Competências específicas do EEEC na área de ESF

Competência	Descritivo	Unidades de Competência
Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.	Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família
		Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

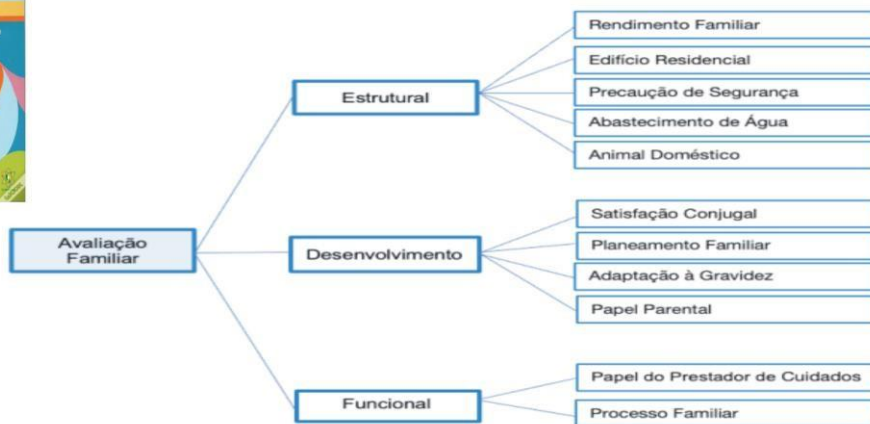
Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

Família - Conceitos e Pressupostos



- A família é um sistema aberto, de inter-relações recursivas, no contexto de instabilidade, intersubjetividade e complexidade (Figueiredo, 2012).
- Wright e Leahey (2002) consideram que «família é quem os seus membros dizem que são».
- O conceito de família é relacionado com o de domicílio e é identificado como a unidade básica da sociedade (Hennessy & Gladin, 2006), isto é, o domicílio abrange um grupo de pessoas que **partilham responsabilidades na saúde** tornando-se um contexto que potencia as mudanças de comportamento conducentes a mais e melhor saúde.
- As famílias podem desempenhar funções de proteção, sustento e socialização dos seus membros, entre outras. (Figueiredo, 2012).
- Vivenciam, inevitavelmente, transições normativas e podem vivenciar transições acidentais. Perante novas situações, **a família adapta-se**, havendo alterações do funcionamento do sistema familiar rumando ao equilíbrio (Figueiredo, 2012).

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) - Matriz Operativa



Documentação dos cuidados - Resultados da Verificação de Registos Clínicos

Parâmetros Gerais de Registo	
Critério	Resultados
Apresenta registos no “Processo Familiar”, sem abrir contacto.	7,1% (1/14)
Abre contacto do processo clínico familiar.	7,1% (1/14)
Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico familiar	7,1% (1/14)
Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico individual.	7,1% (1/14)
Apresenta de registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF.	35,5% (5/14)

Documentação dos cuidados - Resultados da Verificação de Registos Clínicos

Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Estrutural do MDAIF	
Critério	Resultados
Registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF	7,1% (1/14)
Registos sobre “Tipo de família”	7,1% (1/14)
Registos sobre “Classe Social”	7,1% (1/14)
Registos sobre “Suporte” (sistemas mais amplos)	7,1% (1/14)
Registos da área “Abastecimento de água”	7,1% (1/14)
Registos da área “Habitação”	7,1% (1/14)
Registos da área “Rendimentos”	7,1% (1/14)
Registos da área “Precaução de Segurança”	21,3% (3/14)
Registos da área “Animal Doméstico”	0% (0/14)

Documentação dos cuidados - Resultados da Verificação de Registos Clínicos

Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF	
Critério	Resultados
Registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento do MDAIF	28,4% (4/14)
Registos sobre "Ciclo de Duvall" (etapa do ciclo vital)	7,1% (1/14)
Registos da área "Satisfação Conjugal"	7,1% (1/14)
Registos da área "Planeamento Familiar"	14,2% (2/14)
Registos da área "Adaptação à Gravidez"	7,1% (1/14)
Registos da área "Papel parental"	14,2% (2/14)

Documentação dos cuidados - Resultados da Verificação de Registos Clínicos

Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Funcional do MDAIF	
Critério	Resultados
Registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão funcional do MDAIF.	14,2% (2/14)
Registos sobre "Crenças".	7,1% (1/14)
Registos da área "Papel do prestador de cuidados".	14,2% (2/14)
Registos da área "Processo familiar".	7,1% (1/14)

Documentação dos Cuidados

SClinico - Consulta de Enfermagem Enf. RITA

09-10-2023

CONTACTOS UTENTES FAMÍLIAS Consulta Vigilância de FamCom

Enfermeiro RITA FILOMENA DE SOUSA AMARA... Sala Agendados Realizados Anulados

H. Aq. H. Adm. Processo Referente a Idade Consulta Tipo Sala Local Enf. Cons. H. Efect. NPI P. C.

Morada

Processo Familiar

Morada

Nome	Dta. Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.

Habitación

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

Estado geral de conservação

Estado geral de conservação	Bom
Casa de banho	Desconhecida
Higiene	Bom
Água	Desconhecido
Distribuição	Desconhecido

Tipologia

Tipologia	Desconhecido
Conforto	Bom
Aquecimento	Central
Electricidade	Desconhecido
Origem	Desconhecida

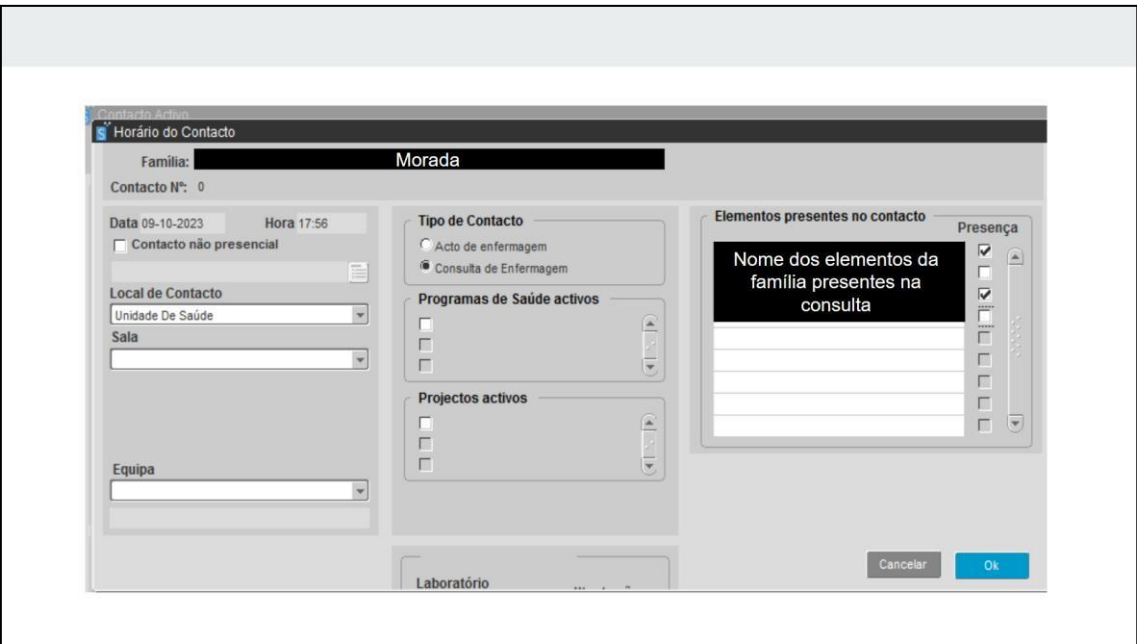
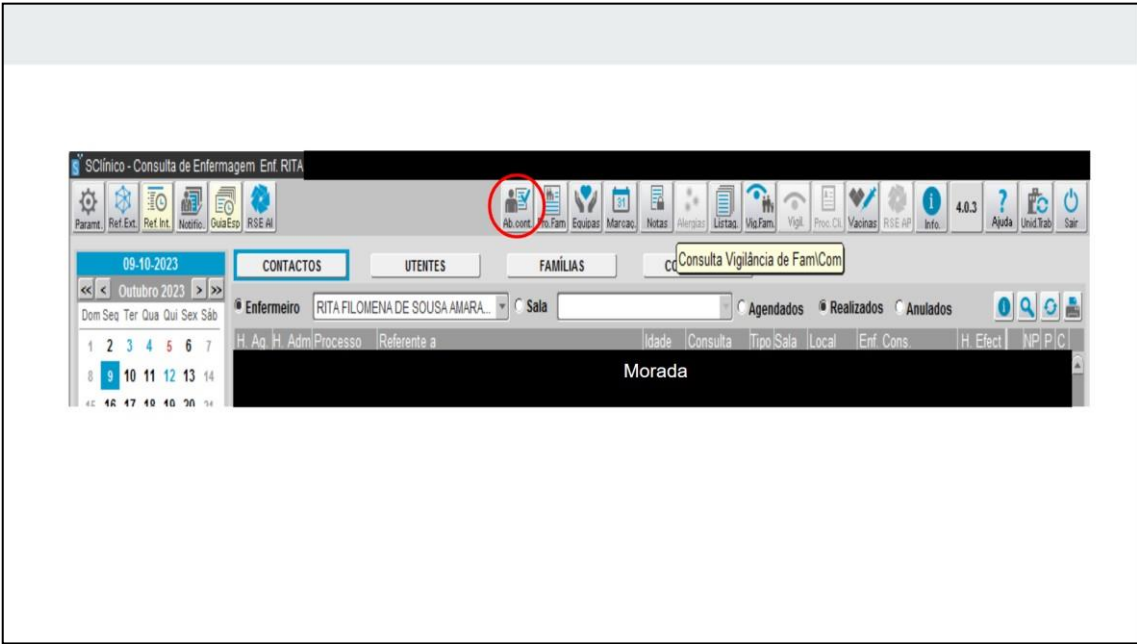
Mobiliário e equipamento básico

Mobiliário e equipamento básico	Desconhecido
Barreiras arquitectónicas	Desconhecido

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

Habitação	Graffar	C.Duval	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
<input type="radio"/> I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho) <input type="radio"/> II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos) <input type="radio"/> III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos) <input type="radio"/> IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos) <input type="radio"/> V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores) <input type="radio"/> VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family") <input type="radio"/> VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest") <input type="radio"/> VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)					

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



SCLínico - Contacto Activo - Enf. Rita Rocha

Alertas

Morada: [Redacted]

Nº contacto: 10252726 Local contacto: Unidade De Saúde Enfermeiro: Rita Rocha

Proveniência:

Enfermeiro de Família: Médico de Família: Tipo: F Agendado:

Elementos

Vacinas

Ot. Inoculação

Vigilância Médica

SU	PF	SM	DM	HTA	RO
Vigado				Não Vigado	

Notas associadas

Nome dos elementos da família presentes na consulta

Programas de saúde associados

Projectos associados

Equipa associada

Diagnósticos de Enfermagem por Fenómeno

Intervenções a Realizar no Contacto

Act. D

Programas de Saúde / Projetos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILITE

Nome: [Redacted] Nº Utilente: Nº Processo: [Redacted]

Programas de Saúde | Projetos

Ativos Total

Programas	Início	Termo	Associar
Saúde da Família	09-10-2023 18:00		<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Resp. Início: Rita Rocha Resp. Termo:

Observações

Standard Termo

Guia prático de documentação dos cuidados

"Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados" no
Processo Clínico Familiar: Guia Prático de Registo

1. No separador **CONTACTOS**, colocar o cursor sobre o processo clínico individual → clicar em → efetuar registos relativos a:
 → "Gravar".
2. No separador **CONTACTOS**, colocar o cursor sobre o processo clínico individual → clicar no separador **FAMILIAS** → clicar em → Selecionar os membros da família presentes aquando da avaliação/intervenção efetuada(s).
3. Depois de aberto o contacto do processo clínico familiar, associar, em , o programa "Saúde da Família" → "Gravar".
4. A partir deste passo, os registos efetuam-se em e com as intervenções sugeridas, focos e diagnósticos associados.

Nota: O focolárea "Precaução de Segurança" e respectivas intervenções de diagnóstico não surgem como sugeridas, pelo que deve ser adicionado manualmente → Clicar em → pesquisar "Precaução de Segurança" → definir juízo → "Gravar" (podem também ser adicionadas intervenções manualmente no separador).

Documentação dos Cuidados e Melhoria Contínua da Qualidade



Não estão contratualizados indicadores de qualidade específicos para os cuidados de Enfermagem à família, como um todo.

99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos

5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF

8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)

9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)

19 - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre

20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90

23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)

35 - Proporção DM com exame pés último ano

36 - Proporção utentes DM com registo de GRT

37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano

98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano

Documentação dos Cuidados e Melhoria Contínua da Qualidade



No que se refere à área do “Desempenho Assistencial”, na subárea “Gestão de Saúde” e na dimensão **“Saúde do Idoso”**, o ACeS pretende incrementar o Índice de Desempenho Sectorial (IDS) de **66,2 para 70,0**.

Na área “Qualidade Organizacional”, na subárea “Segurança” e na dimensão **“Segurança de Utentes”**, o ACeS contratualizou um valor de IDS de **84,0**, sendo que em 2022 o resultado obtido foi 0,0., evidenciando a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde, como preconiza o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). O PNSD 2021-2026 visa consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o **domicílio** e a telessaúde.

A Segurança de Utentes contempla o fenómeno **“Queda”**, sendo uma das áreas sujeitas a avaliação e que contribui para o sucesso do indicador 2019.428.01, a seguinte: “A unidade funcional implementa medidas destinadas à prevenção de quedas”. Dentro desta área, um dos critérios de avaliação é “A unidade funcional realizou, nos últimos 2 anos, pelo menos uma auditoria interna ou externa aos registos clínicos no domicílio dos doentes idosos onde tenham sido analisadas medidas para prevenir quedas.”.

O indicador **“294 – Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 idosos inscritos”** apresenta um valor em dezembro de 2022 de, aproximadamente, 378,7, permitindo-lhe um resultado de 0,583 e, portanto, um score de 1 ponto (**um resultado inferior a 0,5 corresponde a 0 pontos**).



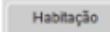
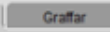
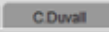
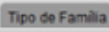
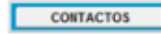





Conclusão



- A documentação dos cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados torna visíveis as competências específicas do EEECESF e, principalmente, promove a continuidade e adequação dos cuidados às famílias, permitindo considerar as suas forças e os seus recursos com vista à obtenção de ganhos em saúde para o todo e para cada um dos seus membros.



Anexo 13 - Guia Prático para Documentação dos Cuidados

“Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados” no Processo Clínico Familiar: Guia Prático de Registo

1. No separador  , colocar o cursor sobre o processo clínico individual
→ clicar em  → efetuar registos relativos a:
    → “Gravar”.
2. No separador  , colocar o cursor sobre o processo clínico individual
→ clicar no separador  → clicar em  → Selecionar os membros da família presentes aquando da avaliação/intervenção efetuada(s).
3. Depois de aberto o contacto do processo clínico familiar → associar, em  , o programa “Saúde da Família” → “Gravar”.
4. A partir deste passo, os registos efetuam-se em  e  com as intervenções sugeridas, focos e diagnósticos associados.

Nota: O foco/área “Precaução de Segurança” e respectivas intervenções de diagnóstico não surgem como sugeridas, pelo que deve ser adicionado manualmente → Clicar em  → pesquisar “Precaução de Segurança” → definir juízo → “Gravar” (podem também ser adicionadas intervenções manualmente no separador ).

Anexo 14 - Questionário de Avaliação da Sessão Formativa

**Avaliação da sessão de formação
“Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados”**

1.CONTEÚDO PROGRAMÁTICO					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Interesse dos conteúdos apresentados					
Ajuste dos temas aos objetivos definidos					

2.ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Suporte Pedagógico utilizado					
Horário da formação					
Duração da formação					

3.FORMADORAS					
Nome:	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Clareza da exposição					
Domínio dos temas desenvolvidos					
Capacidade para esclarecer dúvidas					
Nome:					
Clareza da exposição					
Domínio dos temas desenvolvidos					
Capacidade para esclarecer dúvidas					

4.RESULTADOS E EXPECTATIVAS					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Temas abordados face às expectativas					
Utilidade prática da formação					

5.AVALIAÇÃO GLOBAL					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Avaliação global da ação de formação					

Anexo 15 - Resultados da Avaliação da Sessão de Formação

1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Interesse dos conteúdos apresentados					7
Ajuste dos temas aos objetivos definidos					7

2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Suporte Pedagógico utilizado				1	6
Horário da formação				2	5
Duração da formação				3	4

3. FORMADORAS					
Nome: M. Carolina Jesus	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Clareza da exposição					7
Domínio dos temas desenvolvidos					7
Capacidade para esclarecer dúvidas					7


Nome: Formadora 2	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Clareza da exposição					7
Domínio dos temas desenvolvidos					7
Capacidade para esclarecer dúvidas					7

4. RESULTADOS E EXPECTATIVAS					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Temas abordados face às expectativas					7
Utilidade prática da formação				1	6

5. AVALIAÇÃO GLOBAL					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Avaliação global da ação de formação					7

Anexo 16 - Certificado *NursID Spring School 2023*

código de validação: 8cd1fc485113



NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Maria Carolina Ferreira de Jesus** participou no **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

Seminário 7 - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar - 8h

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida - 4000-012 Porto - Portugal - Tel.: 226 072 500 - Fax: 226 096 337 - esep@esepf.pt - www.esepf.pt

Anexo 17 - Certificado “2º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar do ACES Maia/Valongo”



Anexo 18 - Certificado de Formação Profissional de Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Maria Carolina Ferreira De Jesus natural de Santo Tirso nascida em 02/06/1998, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 15644429 válido até 02/04/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente, em 16/11/2023, com a duração de 15:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Introdução à Segurança do Cliente	6:00	-
Literacia em Saúde e Capacitação do Cliente para a sua Segurança	4:00	-
Gestão do Risco em Saúde	5:00	-

Lisboa, 20 de novembro de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Engenheiros, Associação Pública Profissional

(Assinatura e selo digitais em ciberespaço)

Certificado n.º 1689/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010